



Isala klinieken

Jaardocument 2006

Stichting Holding Isala klinieken

Jaardocument 2006

Stichting Holding Isala klinieken

Inhoudsopgave

1	Inleiding en uitgangspunten van de verslaggeving	5	4.2.1	Kwaliteitsbeleid en patiëntenlogistiek	22
2	Profiel van de organisatie	6	4.3	Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten/cliënten	23
2.1	Algemene identificatiegegevens	6	4.3.1	Kwaliteit van zorg	23
2.2	Structuur van het concern	6	4.3.1.1	Inspanningen	23
2.3	Kerngegevens	7	4.3.2	Kwaliteit van de organisatie	25
2.3.1	Kernactiviteiten en nadere typering	7	4.3.3	Klachten	25
2.3.2	Productie, personeel en opbrengsten	7	4.3.4	Toegankelijkheid	26
2.3.2.1	Kerngegevens van capaciteit, personeel en opbrengsten	7	4.3.5	Veiligheid	26
2.3.3	Werkgebieden	9	4.4	Kwaliteit ten aanzien van medewerkers	28
2.4	Belanghebbenden	9	4.4.1	Personeelsbeleid	28
3	Governance	11	4.4.1.1	Beleid en inspanningen	28
3.1	Bestuur en toezicht	11	4.4.1.2	Verloop personeel	30
3.1.1	Zorgbrede Governance Code	11	4.4.1.3	Vacatures	30
3.1.2	Raad van Bestuur	11	4.4.2	Kwaliteit van het werk	30
3.1.3	Toeziethouders (Raad van Toezicht)	11	4.5	Kwaliteit ten aanzien van medewerkers	31
3.2	Bedrijfsvoering	13	4.5.1	Bestedingen uit hoofde van maatschappelijke betrokkenheid	31
3.2.1	Planning- en controlcyclus en interne risicobeheersing	13	4.5.2	Veiligheidsbeleid	31
3.2.2	Kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle	14	4.6	Financieel beleid	31
3.2.3	Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC)	14	4.6.1	Financiële ontwikkelingen	31
3.3	Cliëntenraad	15	4.6.2	Investerings	34
3.3.1	Thema's activiteiten	16	4.6.3	Resultaatanalyse	34
4	Beleid, inspanningen en prestaties	18	5	Jaarrekening	38
4.1	Meerjarenbeleid en algemeen beleid	18	5.1	Geconsolideerde balans per 31 december 2006	38
4.1.1	Missie en uitgangspunten	18	5.2	Geconsolideerde resultatenrekening over 2006	39
4.1.2	Visie en strategie	18	5.3	Geconsolideerd kasstroomoverzicht	40
4.1.3	Vier beleidslijnen	18	5.4	Grondslagen van waardering en resultaatbepaling	41
4.1.3.1	Verbeteren zorgproces	19	5.4.1	Algemeen	41
4.1.3.2	Verzelfstandiging	19	5.4.2	Grondslagen van waardering van activa en passiva	42
4.1.3.3	Isala Academie	20	5.4.3	Grondslagen van resultaatbepaling	43
4.1.3.4	Centres of Excellence (CoE)	20	5.4.4	Grondslagen van segmentering	44
4.1.4	Nieuwbouw	21	5.5	Toelichting op de geconsolideerde balans per 31 december 2006	44
4.1.5	Informatiebeleid	21	5.5.1	Immateriële vaste activa	44
4.2	Algemeen kwaliteitsbeleid	22	5.5.2	Materiële vaste activa	45

5.5.3	Financiële vaste activa	46	5.8	Toelichting op de enkelvoudige balans ultimo 2006	65
5.5.4	Vorraden en onderhanden werk	47	5.9	Overige gegevens	66
5.5.5	Vorderingen en overlopende activa	48	5.9.1	Vaststelling en goedkeuring jaarrekening	66
5.5.6	Financieringsresultaat	48	5.9.2	Resultaatbestemming	67
5.5.6.1	Financieringsresultaat uit normale bedrijfsvoering Ziekenhuis	49	5.9.3	Gebeurtenissen na balansdatum	67
5.5.6.2	Financieringsresultaat uit normale bedrijfsvoering Ouderenzorg	50	5.9.4	Accountantsverklaring	68
5.5.6.3	Financieringsresultaat PAAZ	50	6	Bijlagen	70
5.5.6.4	Financieringsresultaat specialisten honorering	51		Bijlage 1: Juridische structuur van de organisatie	71
5.5.7	Liquide middelen	52		Bijlage 2: Organogram Isala klinieken	72
5.5.8	Eigen vermogen	52		Bijlage 3: Kerngegevens	73
5.5.9	Egalisatierekening afschrijvingen	54		Bijlage 4: Wet bijzondere medische verrichtingen	81
5.5.10	Voorzieningen	56		Bijlage 5: Belanghebbenden, anders dan zorggroepen en afdelingen	82
5.5.11	Langlopende schulden	56		Bijlage 6: Kwaliteit van de organisatie	83
5.5.12	Kortlopende schulden en overlopende passiva	57		Bijlage 7: Gegevens jaarrekening:	85
5.5.13	Niet uit de balans blijvende verplichtingen	57	7.1.1	Verloopoverzicht immateriële vaste activa	85
5.5.14	Niet in de balans opgenomen activa	58	7.1.2	Verloopoverzicht materiële vaste activa	86
5.6	Toelichting op de geconsolideerde resultatenrekening 2006	59	7.2	Overzicht van langlopende schulden ultimo jaar 2006	88
5.6.1	Budgetten	59	7.3	Tabel verantwoording bezoldiging bestuurders en gewezen bestuurders 2006	90
5.6.1a	Wettelijk budget aanvaardbare kosten Ziekenhuis	59	7.4	Tabel verantwoording bezoldiging toezicht-houders en gewezen toezichthouders 2006	92
5.6.1b	Wettelijk budget aanvaardbare kosten Ouderenzorg	60	7.5	Tabel wet openbaarmaking uit publieke middelen gefinancierde topinkomens (Wopt)	92
5.6.2	Niet gebudgetteerde zorgprestaties	60		Colofon	94
5.6.3	Overige opbrengsten	61			
5.6.4	Personeelskosten	61			
5.6.5	Afschrijvingen vaste activa	62			
5.6.6	Overige bedrijfskosten	62			
5.6.7	Financiële baten en lasten	63			
5.6.8	Splitsing resultatenrekening naar bedrijfssegmenten	63			
5.6.8a	Resultatenrekening Ziekenhuis	64			
5.6.8b	Resultatenrekening Ouderenzorg	64			
5.7	Enkelvoudige balans per 31 december 2006	65			

in 2006 is veel
aandacht besteed
aan het zorgproces



1. Inleiding en uitgangspunten van de verslaggeving

Voor u ligt het Jaardocument 2006 van de Isala klinieken te Zwolle. De Isala klinieken zijn met 1100 bedden en 5900 medewerkers het grootste niet-academische ziekenhuis van Nederland. Per jaar verzorgen we meer dan 475.000 polikliniekbezoeken en ruim 40.000 opnames. 'Isala' verwijst naar de naam die de bewoners van Salland in de Middeleeuwen aan de IJssel gaven; Salland is de streeknaam die van Isala is afgeleid. Door de eeuwen heen is de 'Isala' een belangrijke levensader geweest voor het gebied en onmisbaar voor de kwaliteit van het bestaan.

In het verslagjaar hebben de Isala klinieken veel aandacht besteed aan het zorgproces. Er is al een aantal jaren sprake van toenemende concurrentie in de zorgmarkt. Desondanks zijn in 2006 de kosten van medische zorg verder toegenomen. De Isala klinieken hebben in 2006 opnieuw een hogere productie gerealiseerd dan in het jaar daarvoor. In de veranderende zorgmarkt hebben de Isala klinieken door de inzet van medewerkers en specialisten in 2006 een positief resultaat gerealiseerd. Aan het realiseren van de meerproductie waren echter hogere kosten verbonden, zowel in de personele sfeer als op het gebied van geneesmiddelen.

De kwaliteit van de patiëntenzorg is in 2006 verder geprofessionaliseerd. Tevens is hard gewerkt aan de voorbereiding van de NIAZ-accreditatie. In februari 2007 heeft de NIAZ-audit plaatsgevonden. De definitieve rapportage volgt in april 2007. De zomermaanden van dit jaar zullen worden benut om een verbeterplan te schrijven. In september 2007 zal de NIAZ-commissie zich over het accreditatierapport en het verbeterplan buigen, en op basis daarvan bepalen of de Isala klinieken een keurmerk kan worden toegekend.

In 2006 heeft de concernvorming van de Isala klinieken verder vorm gekregen, wat geresulteerd heeft in

het opzetten van een aantal besloten vennootschappen. Het gaat hierbij om samenwerkingsvormen voor planbare zorg, die samen met maatschappen en specialisten worden opgericht.

De Raad van Toezicht heeft drs. Marjanne Sint met ingang van 1 januari 2007 benoemd tot nieuwe voorzitter van de Raad van Bestuur van de Isala klinieken. Zij is de opvolger van drs. Leo Schoots, die sinds begin 2004 voorzitter ad interim was van de Raad van Bestuur.

Vanwege de voorgenomen nieuwbouw is op 20 december 2006 de eerste paal geschroefd voor de bouw van de parkeergarage. Eind maart 2007 heeft de Raad van Bestuur in overleg met het Bestuur van de Medische Staf het besluit genomen de nieuwbouw van de Isala klinieken tot eind 2007 uit te stellen, om beter inzicht te krijgen in de toekomstverwachtingen en de financiële consequenties van nieuwbouw. De belangrijkste redenen voor dit besluit zijn de veranderingen in de regelgeving, de ontwikkelingen in de bouwmarkt en de resultaatontwikkeling.

Het resultaat van de Isala klinieken is weliswaar positief, maar uit ervaringen van andere ziekenhuizen blijkt dat de bouwkosten aanmerkelijk hoger zijn dan tot voor kort werd aangenomen. De verwachte lasten van de geplande nieuwbouw zijn daarmee zodanig hoog, dat ze niet uit de huidige exploitatie kunnen worden gedekt. De periode tot eind 2007 zal daarom benut worden om via scenario-ontwikkeling na te gaan op welke wijze wel nieuwbouw te realiseren is.

Bij het opstellen van het Jaardocument 2006 is de Regeling verslaggeving WTZi (Wet Toelating Zorginstellingen) als uitgangspunt genomen. Hierbij is zoveel mogelijk de indeling van het model Jaardocument 2006 van het Ministerie van VWS gevolgd.

2. Profiel van de organisatie

2.1 ALGEMENE IDENTIFICATIEGEGEVENS

Isala klinieken			
adres	Dokter van Heesweg 2 / Postbus 10400		
postcode	8000 GK		
plaats	Zwolle		
telefoonnummer	(038) 424 50 00		
identificatienummer(s) NZa	Isala ziekenhuis	10	306
	Isala Ouderenzorg	650	8287
	Isala PAAZ	120	5011
nummer Kamer van Koophandel	5062128		
e-mailadres	info@isala.nl		
internetpagina	www.isala.nl		

2.2 STRUCTUUR VAN HET CONCERN

Juridisch gezien wordt de top van de Isala klinieken gevormd door de Stichting Holding Isala klinieken. De Stichting Holding Isala klinieken kent als organen de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht.

Voor de instellingen en rechtspersonen waarover de Stichting Holding Isala klinieken het bestuur vormt en/of waarin de Stichting deelneemt, fungeren:

- Vereniging De Medische Staf van de Isala klinieken;
- de Ondernemingsraad van de Isala klinieken;
- de Cliëntenraad.

Voor een overzicht van de juridische structuur wordt verwezen naar bijlage 1 (juridische structuur van de organisatie).

De Isala klinieken als organisatie zijn onderverdeeld in vijf primaire zorggroepen, namelijk: zorggroep Chirurgie, zorggroep Hart & Longen, zorggroep Hoofd & Zintuigen, zorggroep Interne en zorggroep Ouder & Kind. De primaire patiëntenzorg wordt ondersteund door de zorggroep Medisch Ondersteunende Specialismen, de zorggroep OK & IC en Isala Facilitair. Een aparte organisatorische entiteit binnen de Isala klinieken is Isala Ouderenzorg. Voor een overzicht van

de organisatiestructuur wordt verwezen naar bijlage 2 (organogram Isala klinieken).

Binnen de Isala klinieken zijn - enkele uitzonderingen daargelaten - drie hiërarchische niveaus:

de Raad van Bestuur, het zorggroepmanagement en het hoofd zorgteam. Op alle niveaus is sprake van duaal management. Dit betekent binnen de Isala klinieken dat het management steeds bestaat uit een op bedrijfsvoering georiënteerde manager en een lid van de Medische Staf die namens de eigen maatschap(pen) en/of vakgroep(en) participeert. Op het niveau van de Raad van Bestuur participeert het Bestuur van de Medische Staf in het management, op het niveau van de zorggroep de medisch manager en op het niveau van het zorgteam de medisch coördinator.

De Isala klinieken hebben verschillende locaties in en buiten Zwolle. De (topklinische) ziekenhuiszorg wordt geleverd in:

- het ziekenhuis locatie Sophia;
- het ziekenhuis locatie Weezenlanden;
- de polikliniek Kampen;
- het laboratorium voor Pathologie, locatie Rhijnvis Feithlaan;
- het laboratorium voor Medische Microbiologie en Infectieziekten, locatie Rhijnvis Feithlaan.

De ouderenzorg vindt plaats in de vijf huizen:

- Weezenlanden;
- Nieuwe Haven;
- Werkeren;
- Elisabeth Gruytershuis;
- Judith Helmichhuis.

2.3 KERNGEGEVENS

Voor een overzicht van de kerngegevens wordt verwezen naar bijlage 3 (kerngegevens).

2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering

De Isala klinieken behandelen, verplegen en verzorgen zieken en gehandicapten. Daarbij hoort ook onderzoek naar ziekten, zieken en gehandicapten en alles dat leidt tot het optimaliseren van het behandelproces, het verplegen en verzorgen.

2.3.2 Productie, personeel en opbrengsten

De Isala klinieken bieden alle basisvoorzieningen die een patiënt van een ziekenhuis mag verwachten. Daarnaast beschikken de Isala klinieken over hooggespecialiseerde functies, zoals hart- en neurochirurgie, dialyse, stamcel- en beenmergtransplantaties.

De Isala klinieken zijn actief in innovatie, opleiding en onderzoek. Zo hebben we voor diabeteszorg en patiëntveiligheid twee specialistische centra, de zogenaamde Centres of Excellence. Deze voeren innovatieve projecten uit waarmee we ons (inter)nationaal onderscheiden. De opleidingsactiviteiten van de Isala klinieken zijn gebundeld in de Isala Academie.

2.3.2.1 Kerngegevens van capaciteit, personeel en opbrengsten

Overzicht van onze kerngegevens ten aanzien van capaciteit, personeel en opbrengsten:

Kerngegevens	
capaciteit	aantal/bedrag
gemiddeld aantal feitelijke deeltijdplaatsen op 31 december 2006	8
aantal feitelijk beschikbare bedden (klinische en dag-/deeltijdbehandeling) op 31 december 2006	921
- waarvan feitelijk beschikbare PAAZ- en PACZ-bedden	27
personeel	
aantal personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten op 31 december 2006	5.971
aantal FTE personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten op 31 december 2006	3.942
aantal medische specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) op 31 december 2006	268
aantal FTE medisch specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) op 31 december 2006	244
bedrijfsopbrengsten	(bedragen in duizenden euro's)
totaal bedrijfsopbrengsten verslagjaar	331.696
- waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	291.220
- waarvan overige bedrijfsopbrengsten	40.476

Overzicht van de productiegegevens:

Productie	
aantal in verslagjaar geopende DBC's	284.692
percentage verkeerde-bed-patiënten gemiddeld in verslagjaar	0,06%
aantal opnamen exclusief overnamen en dagverpleging in verslagjaar	41.209
- waarvan opnamen in PAAZ en PACZ	38
aantal ontslagen patiënten in verslagjaar	41.862
aantal eerste polikliniekbezoeken in verslagjaar	183.202
- waarvan eerste poliklinische contacten in PAAZ en PACZ	-
aantal overige polikliniekbezoeken in verslagjaar	273.698
- waarvan overige poliklinische contacten in PAAZ en PACZ	-
aantal dagen dagverpleging (normaal en zwaar) of deeltijdbehandelingen in verslagjaar	31.526
- waarvan deeltijdbehandelingen in PAAZ en PACZ	1.226
aantal klinische verpleegdagen in verslagjaar	270.767
- waarvan klinische verpleegdagen in PAAZ en PACZ	17.149

De Isala klinieken beschikken op 31 december 2006 over de volgende vergunningen op grond van artikel 2 Wet bijzondere medische verrichtingen:

Categorie	vergunning	ja/nee
transplantaties	niertransplantatie	nee
	harttransplantatie	nee
	longtransplantatie	nee
	levertransplantatie	nee
	pancreastransplantatie	nee
	transplantatie van de dunne darm	nee
	haematopoëtische stamceltransplantaties	nee
	transplantatie van de eilandjes van Langerhans	nee
radiotherapie		ja
bijzondere neurochirurgie		ja
hartchirurgie	openhartoperatie (OHO)	ja
	automatic implantable cardioverter defibrillator (AICD)	ja
	ritmechirurgie	ja
	percutane transluminale coronaire angioplastiek (PTCA)	ja
klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering		nee
in vitro fertilisatie (IVF)		ja
neonatale intensive care unit (NICU)		ja

Aanwijzingen op grond van artikel 8 Wet bijzondere medische verrichtingen op 31 december 2006:

Aanwijzing	ja/nee
pediatrische intensive care unit (PICU)	nee
hemofiliebehandeling	ja
traumazorg	ja
pijnrevalidatie en revalidatietechnologie	ja
HIV-behandelcentra (Humaan immunodeficiëntie virus)	ja
cochleaire implantaties	nee
uitnameteams orgaandonatie	nee

2.3.3 Werkgebieden

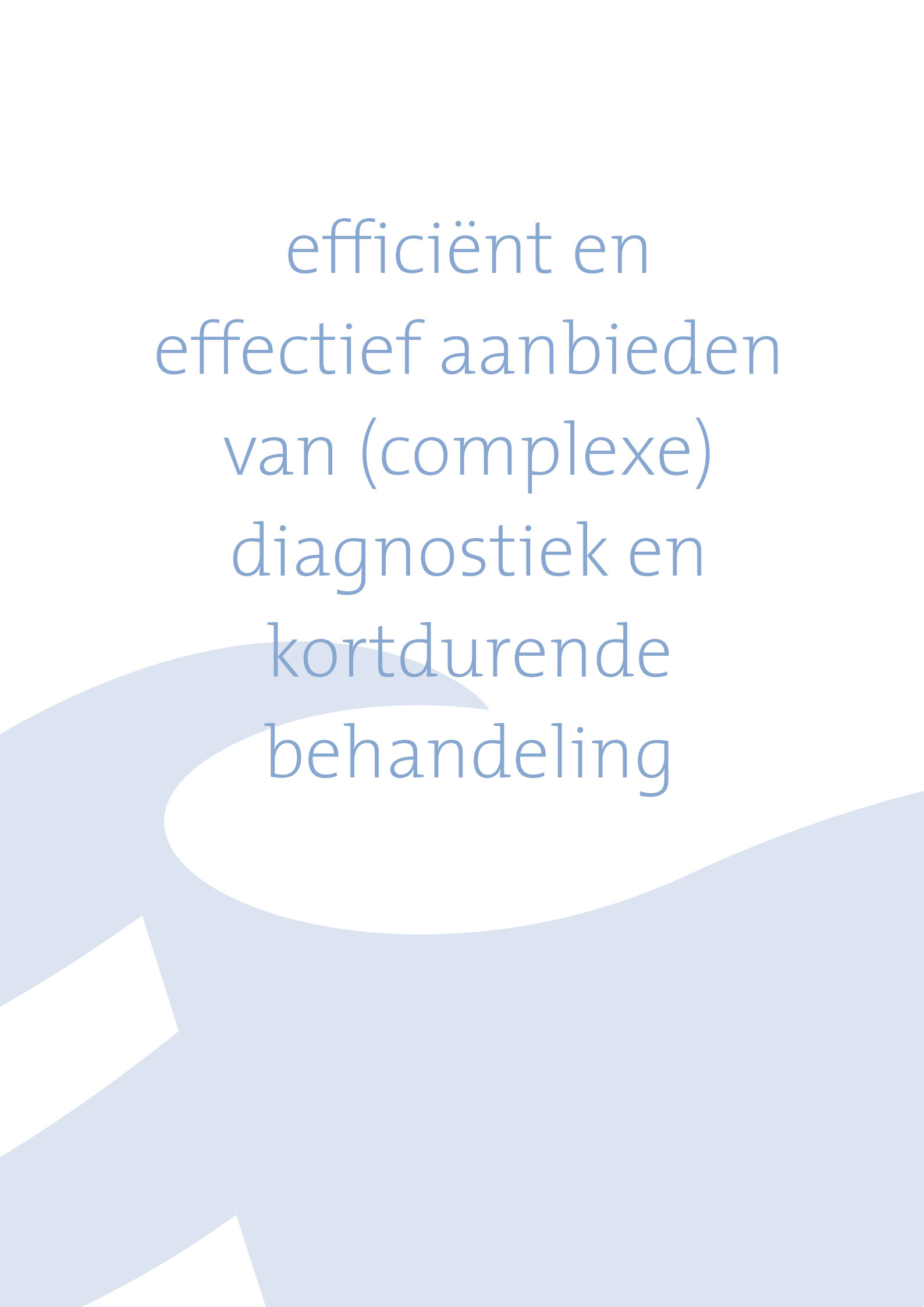
De Isala klinieken richten zich met toonaangevende topklinische zorg op de bevolking die woont tussen de academische centra van Groningen, Utrecht en Nijmegen.

2.4 BELANGHEBBENDEN

De Isala klinieken hebben te maken met een groot aantal belanghebbenden, zoals de patiënten die voor behandeling naar het ziekenhuis komen. Daarnaast zijn er onder meer formele betrekkingen tussen de Raad van Bestuur, de Ondernemingsraad, de Cliëntenraad en de Medische Staf; voorts met belanghebbenden, verwijzers, andere zorgaanbieders, opleiders en opleidingsinstituten, overheden, zorgverzekeraars, leveranciers en de maatschappij als geheel.

Voor een overzicht wordt verwezen naar bijlage 5 (belanghebbenden, anders dan zorggroepen en afdelingen).

efficiënt en
effectief aanbieden
van (complexe)
diagnostiek en
kortdurende
behandeling



3. Governance

3.1 BESTUUR EN TOEZICHT

3.1.1 Zorgbrede Governance Code

De Isala klinieken houden zich in hun optreden aan de Zorgbrede Governance Code. Een belangrijk element daarin is scheiding tussen de uitvoerende en toezichthoudende functies en de verdere professionalisering van de relatie.

Naast statuten beschikken de Isala klinieken over een Reglement Raad van Bestuur, een Reglement Raad van Toezicht, een Reglement Auditcommissie alsmede een Reglement Renumeratiecommissie.

De komst van de nieuwe Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) brengt transparantie-eisen voor bestuur en toezicht van zorginstellingen met zich mee. Het belang van de Zorgbrede Healthcare Governance wordt voorts vergroot door de ontwikkelingen op het gebied van 'gereguleerde marktwerking', 'maatschappelijk ondernemerschap' in de zorg en de groei van publiek-private samenwerkingsinitiatieven.

3.1.2 Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur bestaat uit drie leden van wie er twee gedurende 2006 voor onbepaalde tijd benoemd zijn door de Raad van Toezicht. De voorzitter Raad van

Bestuur heeft op interim-basis gewerkt (contracteinde 1 februari 2007). Op taken, verantwoordelijkheden en werkzaamheden van de Raad van Bestuur is het Reglement Raad van Bestuur van toepassing. In principe vinden wekelijks vergaderingen plaats.

Voorafgaand aan het kalenderjaar maakt de Raad van Bestuur een jaarplan op, dat tegen het einde van het jaar wordt geëvalueerd. De uitkomst van de evaluatie vormt mede de input voor het jaarplan van het volgende jaar.

In 2006 zijn in de vergaderingen van de Raad van Bestuur onder meer de volgende onderwerpen aan de orde geweest: nieuwbouw, concernvorming, strategische ontwikkeling, lateralisatie, fusie maatschappen, opvolging voorzitter Raad van Bestuur en resultaatontwikkeling.

3.1.3 Toezichthouders (Raad van Toezicht)

De Raad van Toezicht bestaat uit zeven leden die worden benoemd voor een periode van vier jaar. (Her)benoeming vindt plaats op basis van een profielschets die openbaar is. Op taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden is het Reglement Raad van Toezicht van toepassing.

De Raad van Toezicht houdt onder meer toezicht op het goed functioneren van de Raad van Bestuur

Samenstelling Raad van Bestuur per 31 december 2006:

Naam	bestuursfunctie	overige bestuursfuncties
drs. L.L. Schoots	voorzitter	- voorzitter Bestuur Stichting Samenwerkende Ziekenhuizen, Gorinchem - lid health care practice Boer & Croon Strategy and Management Group BV, Amsterdam
drs. A.H. Hilbers	lid Raad van Bestuur	- lid Raad van Commissarissen Leefstijl Trainingscentrum, Dalfsen - voorzitter Audiologisch Centrum, Zwolle - bestuurslid Stichting Regiocom, Zwolle - bestuurslid Stichting Beheer en Exploitatie Tuindorpbad, Hengelo - lid Raad van Commissarissen uitvaartvereniging Yarden
R. Thieme Groen, arts	lid Raad van Bestuur	

en het gevoerde beleid. Voorts treedt de Raad van Toezicht op als klankbord van de Raad van Bestuur. Twee leden van de Raad van Toezicht vormen de Auditcommissie. Deze commissie beoordeelt namens de Raad van Toezicht onder meer het goed functioneren van het interne risicobeheersingssysteem. De Renumeratiecommissie houdt toezicht op en doet voorstellen voor de benoeming en beloning van leden van de Raad van Bestuur.

In 2006 heeft de Raad van Toezicht in plenaire samenvatting zesmaal vergaderd. Daarnaast heeft de Raad van Toezicht een dag belegd om nader met de

Raad van Bestuur van gedachten te wisselen over het samenspel tussen Raad van Toezicht en Raad van Bestuur in een wijzigende organisatie. Tijdens deze dag is onder externe begeleiding de werkwijze van de Raad van Toezicht belicht in het kader van Health Care Governance. Daarnaast heeft de Raad van Toezicht gewerkt aan deskundigheidsbevordering, onder andere door zich te laten informeren over ontwikkelingen van de nieuwbouw van de Isala klinieken.

De Raad van Toezicht heeft in 2006 één werkbezoek afgelegd en wel aan de afdeling Spoedeisende Hulp. De Raad van Toezicht heeft tweemaal vergaderd met

Samenvatting Raad van Toezicht per 31 december 2006:

Naam	aandachtsgebied	functies buiten de Isala klinieken
ir. L.M.J. van Halderen	voorzitter	- voorzitter Raad van Bestuur NV Nuon, Amsterdam - lid Raad van Toezicht ECN, Petten - voorzitter Rabobank IJsseldelta, Zwolle - lid Raad van Commissarissen Draka, Amsterdam
prof. dr. ir. A Bruggink	lid Raad van Toezicht	- Chief Financial Officer/RvB Rabobank Nederland, Utrecht - hoogleraar Universiteit Twente, Enschede - lid Raad van Commissarissen ROVA, Zwolle
dr. N.S. Klazinga	lid Raad van Toezicht	- hoogleraar Sociale Geneeskunde AMC, Amsterdam - adviseur Onderzoek en Beleid, GGD, Amsterdam - voorzitter opleidingscommissie MPH, Amsterdam - voorzitter College Sociale Geneeskunde, Utrecht - voorzitter Nederlandse Public Health Federatie, Utrecht
dr. R. Scheerens	lid Raad van Toezicht	- directeur Firapeel B.V. - directeur Heig B.V.
drs. R.M. Smit	lid Raad van Toezicht	- lid Raad van Commissarissen 's Heeren Loo Zorggroep - adviseur Kloosterboer Groep BV - bestuursvoorzitter Grote of St. Laurenskerk
mr. W.G.N.M. Smit	lid Raad van Toezicht	- voorzitter Commissie Bezwaarschriften Gemeente Zwolle, Zwolle
drs. J.J. Zandbergen-de Zeeuw	lid Raad van Toezicht	- directielid Landstede, Zwolle - voorzitter Kerkenraad Gereformeerde Kerk Hoofdhof, Berkum - secretaris De Groene Wens boot, Zwolle - secretaris Stichting Studiebeurs Zwolle, Zwolle

Prof dr. A.F. Casparie is per 1 januari 2007 afgetreden als lid van de Raad van Toezicht.

het Bestuur van de Medische Staf. Ook heeft een (wisselende) delegatie van de Raad van Toezicht tweemaal een overlegvergadering van de Ondernemingsraad bijgewoond. In deze vergaderingen zijn strategische onderwerpen besproken, zoals concernvorming/verzelfstandiging, herhuisvesting en nieuwbouw, en kwaliteit van zorg.

De Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur hebben in 2006 regelmatig gesproken over de strategische koers van de Isala klinieken. Uitgangspunt is dat de Isala klinieken zich als ziekenhuisbedrijf in de kern richten op het efficiënt en effectief aanbieden van (complexe) diagnostiek en (kortdurende) behandeling.

Aanpalend aan de centrale processen kennen de Isala klinieken drie bijzondere activiteiten:

- Centres of Excellence waarin onderscheidende, hoogwaardige zorgactiviteiten gebundeld worden;
- Isala Academie als centrum voor opleiding en onderzoek;
- ondernemende Zorg BV's.

Verder is in de vergaderingen onder meer aandacht besteed aan concernvorming, de ontwikkeling van het management en de nieuwbouw.

De Raad van Toezicht evalueert jaarlijks het functioneren van de individuele leden van de Raad van Bestuur en de Raad van Bestuur als collegiaal samenwerkingsverband. Leidraad bij de evaluatie vormt het jaarplan van de Raad van Bestuur. Daarnaast voert de Renumeratiecommissie het jaarlijkse functioneringsgesprek met elk van de leden van de Raad van Bestuur afzonderlijk en gezamenlijk.

Ook is aandacht besteed aan de statutair voorgeschreven toezichtstaken, zoals de goedkeuring van begroting en jaarrekening.

De Raad van Toezicht evalueert jaarlijks het eigen functioneren. De leden van de Raad van Toezicht zijn onafhankelijk en hebben op geen enkele wijze belang bij de Stichting Holding Isala Klinieken en de Stichting Isala klinieken.

3.2 BEDRIJFSVOERING

3.2.1 Planning- en controlcyclus en interne risicobeheersing

De Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor het beheersen van de risico's die verbonden zijn aan de activiteiten van de Isala klinieken en voorts voor de financiering van de Isala klinieken. Per relevant onderwerp (nieuwbouw, informatiebeleid, financiering, resultaatontwikkeling) worden de risico's geïnventariseerd en worden maatregelen genomen om die risico's af te dekken en te beheersen, voor zover dat nodig is.

De Isala klinieken maken bij de beheersing van hun bedrijfsprocessen gebruik van een planning- en controlcyclus. In de maand mei stelt de Raad van Bestuur een kaderbrief op, waarop de verschillende organisatieonderdelen vervolgens hun jaarplannen baseren. Op basis van deze jaarplannen worden per organisatieonderdeel begrotingen opgesteld en na onderlinge afstemming vastgesteld. Beleid en financiën zijn aan elkaar gekoppeld via de jaarplancycclus. De doelstellingen uit de jaarplannen worden intern gemonitord via de Isala-monitor aan de hand van de drie resultaatgebieden (zorgproductie, personeel en bedrijfsvoering) die gelieerd zijn aan het INK-model.

De Raad van Bestuur bespreekt per organisatieonderdeel in de kwartaalgesprekken met de verantwoordelijke managers in hoeverre de plannen en begrotingen gerealiseerd worden. In deze gesprekken maken beide partijen gebruik van de schriftelijke rapportages die door de organisatieonderdelen worden opgesteld. Voordat de kwartaalgesprekken plaatsvinden, beoordeelt Controlling deze rapportages. Onder andere naar aanleiding van de kwartaalgesprekken vindt bijsturing plaats.

De afdeling Internal Audit vervult een belangrijke rol in het beoordelen en toetsen van de interne risicobeheersing- en controlesystemen. Bij het uitvoeren van haar werkzaamheden houdt de afdeling Internal Audit rekening met het reglement van de Auditcommissie.

Jaarlijks stelt de afdeling Internal Audit een Audit Plan op dat ter goedkeuring wordt voorgelegd aan de Raad van Bestuur en Auditcommissie. Internal Audit rapporteert hiërarchisch aan de Corporate Controller, maar heeft daarnaast een directe rapportagelijijn naar de Raad van Bestuur. Tevens legt de afdeling Internal Audit verantwoording af aan de Auditcommissie.

3.2.2 Kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle

In de Regeling Administratieve Organisatie en Interne Controle inzake de DBC-registratie en -facturering is opgenomen dat een verbijzonderde interne controlefunctionaris en/of afdeling zorgdraagt voor de interne controle op de DBC-registratie en -facturatie, en hierover rapporteert aan de Raad van Bestuur en andere betrokkenen. Binnen de Isala klinieken is deze taak neergelegd bij de afdeling Internal Audit.

Op basis van een Internal Audit Plan is gedurende 2006 de interne beheersing van verschillende (deel)processen beoordeeld. Voorts is een uitgebreide analyse uitgevoerd op DBC's die in zogenaamde risicocategorieën vallen. De uitkomsten hiervan zijn met de direct betrokkenen nader geanalyseerd.

Daarnaast zijn op basis van een steekproef ruim 400 DBC's in detail gecontroleerd. De werkzaamheden zijn beoordeeld door de externe accountant.

Begin 2007 heeft de afdeling Internal Audit voor de Raad van Bestuur een rapportage opgesteld waarin is ingegaan op de volgende twee vragen:

- is door de Isala klinieken in 2006 voldaan aan de Regeling Administratieve Organisatie en Interne Controle inzake DBC-registratie en -facturering?
- is het bedrag dat aan DBC's en overige productie is gefactureerd juist?

Mede op basis van deze rapportage is onder verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur het 'Verantwoordingsdocument totaalbedrag gefactureerde DBC's 2006' opgesteld. Bij dit verantwoordingsdocument is door PricewaterhouseCoopers Accountants N.V. op 20 februari 2007 een accountantsverklaring afgegeven.

De Raad van Bestuur is op de hoogte van de genoemde tekortkomingen en heeft kennisgenomen van specifieke aandachts- en verbeterpunten die door afdeling Internal Audit zijn aangedragen. Er wordt naar gestreefd de tekortkomingen in 2007 op te lossen.

De activiteiten van Isala Ouderenzorg en Isala PAAZ vallen onder de Regeling Administratieve Organisatie en Interne Controle AWBZ-zorgaanbieders. In het kader van deze Regeling is de verbijzonderde interne controle op de productieregistratie en -facturatie uitgevoerd door de afdeling Internal Audit. De uitkomsten van interne controlewerkzaamheden zijn, voorzien van aanbevelingen ter verbetering, intern met de betrokkenen besproken. Tevens zijn de werkzaamheden beoordeeld door de externe accountant en zijn binnen de gestelde termijnen de verschillende budgetformulieren 2007 en voorlopige nacalculaties 2006 ingediend.

3.2.3 Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC)

De METC Isala klinieken is een door de CCMO conform art.16 WMO erkende toetsingscommissie en beoogt het beoordelen van de aanvaardbaarheid van klinisch wetenschappelijk onderzoek in de Isala klinieken en daar waar het multicenter onderzoek betreft, tevens voor andere instellingen van de gezondheidszorg in heel Nederland. De Raad van Bestuur heeft de Medisch Ethische Toetsingscommissie gevraagd te adviseren of het wenselijk is in de Isala klinieken wetenschappelijk onderzoek te laten uitvoeren dat elders door een andere erkende commissie beoordeeld en goedgekeurd is. De METC heeft in 2006 een opzet gemaakt voor een eigen website. Deze site is bedoeld om informatie te verstrekken aan onderzoekers betreffende het indienen van onderzoek conform de WMO 2006. De invoering van de nieuwe WMO heeft in 2006 niet tot onoverkomelijke problemen geleid.

Het aantal studies dat dit jaar werd aangeboden was ruim meer dan verwacht. De METC Isala klinieken is in het verslagjaar 21 maal bijeengekomen om aanvra-

gen voor een oordeel te bespreken. In het verslagjaar werden 98 studies voor een oordeel of advies voorgelegd aan de commissie. Het betrof hier 33 vragen om een oordeel en 59 vragen om een advies aan de Raad van Bestuur. Tevens werden 6 studies aangeboden die niet WMO-plichtig bleken te zijn. Van de 33 vragen om een oordeel zijn er 2 negatief beoordeeld.

Tegen een van de oordelen is door de aanvrager of andere belanghebbenden administratief bezwaar aangetekend. Dit heeft geleid tot een herzien positief oordeel. De werkwijze van de commissie is vastgelegd in vastgestelde procedures. In principe vergadert de METC elke twee weken. In deze vergadering worden verzoeken om een oordeel en de voortgang van beoordeeld wetenschappelijk onderzoek behandeld. Tevens worden in deze vergaderingen zaken van algemeen belang aan de orde gesteld, zoals de ontwikkelingen op het terrein van medisch ethische toetsing.

Voor het vormen van een oordeel worden de volgende stukken in een vaste volgorde besproken:

- het protocol en de Investigators Brochure;
- het aanmeldingsformulier van de CCMO (ABR-formulier);
- de patiënteninformatie;
- de verzekeringspapieren;
- de eventuele andere aangeleverde stukken.

Alle leden krijgen de gelegenheid persoonlijk hun mening over het onderzoek te geven. Bij het geven van een oordeel wordt uitgegaan van de toetsingscriteria van art.3 WMO (nieuw inzicht, belasting, belang versus risico, wetenschappelijke deugdelijkheid, deskundigheid onderzoeker, vergoeding proefpersoon). Vragen die tijdens de bespreking naar voren komen, worden voorgelegd aan de onderzoeker. De antwoorden worden in een volgende vergadering besproken. Indien daar naar de mening van de vergadering aanleiding toe bestaat, wordt de onderzoeker uitgenodigd persoonlijk toelichting te komen geven en vragen te beantwoorden.

Wekelijks vergaderen de voorzitter en de ambtelijke secretaris om adviezen over onderzoeken aan de Raad

van Bestuur te geven. Deze adviezen worden opgesteld aan de hand van schriftelijke commentaren van de leden van de commissie op het onderzoek. Indien de vragen van de commissie of de antwoorden van de aanvrager daartoe aanleiding geven, kan een aanvraag voor een advies over de lokale uitvoerbaarheid in een voltallige vergadering besproken worden.

In enkele gevallen is door de commissie een beroep gedaan op externe (materie)deskundigen om een standpunt over een onderzoek te kunnen vormen.

De commissie is lid van de NVMETC (Nederlandse Vereniging van Medisch Ethische Toetsingscommissies). Daarnaast hebben een of meerdere leden bijeenkomsten bezocht van de CCMO, studiedagen of symposia. De ambtelijk secretaris heeft de bijeenkomsten bijgewoond die speciaal voor de secretarissen georganiseerd worden door de CCMO.

3.3 CLIËNTENRAAD

De Cliëntenraad vertegenwoordigt de gemeenschappelijke belangen van cliënten en patiënten binnen de Isala klinieken. Deze raad geeft de Raad van Bestuur gevraagd en ongevraagd advies over besluiten die de patiëntenzorg raken.

De Cliëntenraad bestaat uit maximaal zeven personen: de voorzitter, vicevoorzitter, secretaris en vier leden. Deze hebben allen grote affiniteit met de gezondheidszorg en de Isala klinieken. Zij zijn op persoonlijke titel lid van de Cliëntenraad, maar hebben wel binding met georganiseerde patiëntenverenigingen. Een van deze organisaties is het Patiënten Consumenten Platform Zwolle. Er zijn twee nieuwe leden benoemd. Tevens is besloten dat de Cliëntenraad zal worden uitgebreid naar zeven leden.

Voor de leden van de Cliëntenraad is 2006 een hectisch jaar geweest. In het ziekenhuis werden ingrijpende veranderingen doorgevoerd en in gang gezet,

waarbij ook de Cliëntenraad betrokken is geweest. Doordat de raad niet voltallig was, heeft er veel druk gelegen op de actieve leden.

Zes keer heeft een vergadering plaatsgevonden met de Raad van Bestuur. Bij deze vergaderingen was ook de manager Kwaliteit aanwezig. Met de eigen leden heeft de Cliëntenraad tien keer vergaderd. Daarnaast hebben diverse vergaderingen en bijeenkomsten plaatsgevonden waaraan één of meer leden hebben deelgenomen.

De Cliëntenraad heeft een nieuw beleidsplan opgesteld waarin de doelstelling en de visie zijn verwoord. Ook is aangegeven op welke aandachtsgebieden de raad zich de komende jaren wil richten.

3.3.1 Thema's activiteiten

De Cliëntenraad heeft in 2006 veel energie gestoken in de volgende onderwerpen:

- *kwaliteitsbeleid*

Het invullen van kwaliteitsbeleid is een proces waar de Cliëntenraad zich continu op zal richten. In het verslagjaar hebben onderwerpen als patiëntveiligheid, Isala Sneller Beter en de NIAZ-accreditatie veel aandacht gekregen.

- *klachtenreglement*

Naar aanleiding van een nieuw voorstel van de Raad van Bestuur heeft de Cliëntenraad zich door diverse partijen uitgebreid laten informeren alvorens tot een advies te komen. Dit advies is voor een belangrijk deel overgenomen en de afspraak is gemaakt dat in 2007 een evaluatie zal plaatsvinden.

- *concernvorming*

Bij de verandering van de organisatiestructuur van het ziekenhuis, met nieuwe statuten, is de inbedding van de Cliëntenraad in de Stichting Holding Isala klinieken een belangrijk aandachtspunt geweest.

- *nieuwbouw*

Met de directeur Bouw zijn afspraken gemaakt over een goede betrokkenheid en inbreng van de Cliëntenraad bij de nieuwbouw.

- *voorzitter Raad van Bestuur*

De Cliëntenraad is betrokken geweest bij het opstellen van de profielschets en de aanstelling van de nieuwe voorzitter Raad van Bestuur per 1 januari 2007.

- *marktwerking*

Het nieuwe zorgstelsel maakt dat het onderwerp marktwerking op verschillende manieren en bij diverse gevraagde adviezen terugkomt. Voor de Cliëntenraad blijft het een continu aandachtspunt.

- *PR-activiteiten*

Op diverse wijzen is gewerkt aan de publiciteit van de Cliëntenraad, onder andere door een bijdrage te leveren aan het opstellen van een website van de Cliëntenraad en het geven van interviews.

- *advisering*

De Cliëntenraad heeft onder andere advies uitgebracht over:

- het parkeerbeleid;
- de maaltijdvoorziening;
- de nieuwbouw van de keuken;
- de inrichting van Bureau Zorglogistiek;
- het patiënttevredenheidsonderzoek;
- de strategische marketing.

Bij alle thema's heeft de kwaliteit van zorg voor de cliënt centraal gestaan.

wij willen ziekenhuis-
zorg bieden van een
goede kwaliteit tegen
een acceptabele prijs



4. Beleid, inspanningen en prestaties

4.1 MEERJARENBELEID EN ALGEMEEN BELEID

4.1.1 Missie en uitgangspunten

De Isala klinieken willen het toonaangevende, innovatieve topziekenhuis zijn voor de bevolking tussen de academische centra van Groningen, Utrecht en Nijmegen. In het ziekenhuis wordt zorg op maat geboden, staat kwaliteit hoog in het vaandel en worden voor een gunstige prijs hoge prestaties geleverd. Daarnaast is het er prettig en uitdagend werken.

Tevens hebben de Isala klinieken kernwaarden geformuleerd die leidend zijn bij de realisatie van haar doelstellingen. Zo willen wij iedereen die zich aan onze zorgen toevertrouwt warmte en aandacht geven, met een aansprekend gevoel voor echte service en vanuit een passie voor hoogwaardige zorg. Wij zijn kritisch en toetsbaar op de medisch inhoudelijke kwaliteit van onze dienstverlening.

Om haar missie vorm te geven richten de Isala klinieken zich op de volgende strategische doelen:

- stroomlijning van het proces rond de directe patiëntenzorg plus het reduceren van de wachttijsten en wachttijden per gebied;
- versterking van de opleidingsfunctie;
- bevordering van wetenschappelijk en op de gezondheidszorg gericht onderzoek;
- handhaving en uitbreiding van de topklinische functies;
- intensivering van de samenwerking met ziekenhuizen, verpleeghuizen en andere zorgaanbieders in de regio; verbetering van de kwaliteitprijsverhouding.

4.1.2 Visie en strategie

Als een van de grootste niet-academische ziekenhuizen willen de Isala klinieken uitblinken door proces-efficiency en een heldere blik op de kernactiviteiten. Haar hoofdtaak is het bieden van reguliere en top-

klinische ziekenhuiszorg voor de regio. Ook in de toekomst willen de Isala klinieken de patiënten ziekenhuiszorg bieden van een goede kwaliteit tegen een acceptabele prijs. De organisatie wil niet alleen de continuïteit van de zorg garanderen, maar ook de werkgelegenheid voor ruim zesduizend medewerkers waarborgen. Daarnaast behoort het opleiden van mensen, met name tot medisch specialist, tot de corebusiness.

Bij dit alles zijn de Isala klinieken sterk gericht op regionale samenwerking met andere gezondheidszorg- en opleidingsinstellingen. Het is de bedoeling de Isala klinieken nog steviger op de kaart te zetten als een toonaangevend ziekenhuis met uitstekende zorgverlening.

Voor de uitwerking hiervan is in 2004 de lijn uitgezet voor een nieuwe strategie van de Isala klinieken voor de jaren 2005-2010. Deze Isala-strategie is overigens geen statisch document waarin precies is vastgelegd wat er de komende jaren met de zorginstelling moet gebeuren. Het is meer een kader waarmee de zorggroepen, stafdiensten en maatschappen/vakgroepen aan de slag kunnen.

4.1.3 Vier beleidslijnen

Binnen de Isala-strategie 2004-2010 is gekozen voor vier beleidslijnen ofwel strategische speerpunten, namelijk 'verbeteren van het zorgproces', 'verzelfstandiging', 'Isala Academie' en 'Centres of Excellence'.

Een daarmee samenhangend beleidsitem in de afgelopen en komende jaren is de ontwikkeling én bijstelling van de plannen tot nieuwbouw, waarvoor de Isala klinieken in 2004 toestemming hebben gekregen.

In 2006 is evenals in voorgaande jaren consistent uitvoering gegeven aan het zetten van stappen om de vier beleidslijnen van de strategie ten uitvoer te brengen.

4.1.3.1 Verbeteren zorgproces

In de Isala klinieken is van oudsher veel aandacht besteed aan de medisch-technische en verpleegtechnische kant van verbeteren. De vele projecten op het gebied van zorgvernieuwing zijn daarvan een voorbeeld. In de verbeterprojecten die gevraagd worden in het kader van de strategie ligt de focus meer op de aspecten rondom het strikt medisch en verpleegkundig aspect. Het speerpunt 'verbeteren van het zorgproces' is daarom vooral gericht op het effectief en efficiënt inrichten van de reguliere en topklinische zorg. Hieronder vallen het verbeteren van de logistiek, efficiency, service en veiligheid in de Isala klinieken evenals het ontplooiën van een breed aanbod aan hoogwaardige ziekenhuiscare met een bovenregionaal topklinisch 'vangnet'.

Voor het verbeteren van het kernproces zijn de Isala klinieken in 2005 gestart met Isala Sneller Beter-projecten. 'Sneller Beter' is een methode die ontwikkeld is vanuit het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, om de zorg efficiënter, veiliger en patiëntvriendelijker te maken. In totaal doen 24 ziekenhuizen mee aan het landelijke Sneller Beter-programma van het Ministerie van VWS. Omdat de Isala klinieken niet behoren tot deze groep, heeft het ziekenhuis in 2005 het initiatief genomen om een eigen Sneller Beter-traject op te zetten. In 2006 is het aantal projecten in dit traject uitgebreid en inmiddels draaien er in het ziekenhuis 25 Isala Sneller Beter-projecten. Ze worden uitgevoerd met de methoden en technieken van het landelijke programma en staan onder begeleiding van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Een aantal van de projecten is omgezet in Isala Standards of Care; dit zijn kwaliteitsnormen voor de Isala klinieken.

4.1.3.2 Verzelfstandiging

Het volgende beleidspunt is verzelfstandiging van activiteiten door het introduceren van ondernemerschap. De Isala klinieken zijn sinds de fusie in 1998 als ziekenhuis een organisatie van grote omvang geworden, waardoor de bestuurlijke complexiteit groot

is. Daarom wordt gezocht naar wegen om deze complexiteit te reduceren; één daarvan is verzelfstandiging. Dit uitgangspunt is bovendien een reactie op de maatschappelijke denkbeelden over ziekenhuizen en de politieke vertaling daarvan in richtlijnen en regels in de afgelopen jaren. Hierbij wordt van ziekenhuizen verwacht dat zij zich dynamisch opstellen en zich gedragen als een maatschappelijke onderneming.

Het thema 'verzelfstandiging' omvat concreet het opzetten van faciliterende ondernemingen en zorginhoudelijke ondernemingen (electieve modules). Specialismen die minder complexe en planbare zorgactiviteiten uitvoeren krijgen de mogelijkheid om zelfstandig te worden, met ondernemerschap van medisch specialisten in de vorm van zorgbedrijven (Zorg BV's). Zo wordt de verantwoordelijkheid voor de exploitatie van de zorgactiviteiten zo dicht mogelijk bij het primaire proces gelegd.

Bij concernvorming zullen de Isala klinieken voortdurend overwegen welke activiteiten het ziekenhuis zelf wil uitvoeren, welke te verzelfstandigen zijn en welke uitbesteed kunnen worden. Op deze manier wil de organisatie slagvaardiger kunnen reageren op de ontwikkelingen in de gezondheidszorg, bedrijfsmatige keuzes maken en een zakelijke manier van werken introduceren.

In 2006 zijn door de Raad van Bestuur en een aantal maatschappen verschillende intentieverklaringen getekend tot het gezamenlijk oprichten en exploiteren van zelfstandig functionerende centra, onder andere van het Isala Dermatologisch Behandelcentrum Zwolle en het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

Tevens is de Centrale Keuken van het ziekenhuis ondergebracht in een B.V.; deze zal verdergaan als assemblagekeuken met een eigen identiteit onder de naam La Gourmande. In 2006 is de bouw van de assemblagekeuken officieel van start gegaan op het terrein aan de Marslanden te Zwolle. Ook voor de af-

deling ICT van de Isala klinieken heeft de Raad van Bestuur de intentie uitgesproken dit bedrijfsonderdeel in 2007 te verzelfstandigen als B.V.; voor het nieuwe ICT-bedrijf is de naam 'ICzit' bedacht.

4.1.3.3 Isala Academie

In het thema 'Isala Academie' moet tot uitdrukking komen dat de Isala klinieken uitgroeien tot hét opleidingsziekenhuis binnen de regio. De Isala Academie wordt zowel voor interne klanten als externe relaties een centrum voor opleiding en onderzoek, en een kenniscentrum voor medische procesefficiency. Dit expertisecentrum gaat nauw samenwerken met academische ziekenhuizen en opleidingscentra in de regio. De Isala Academie zal een aantrekkelijk en adequaat pakket aan opleidingen aanbieden en (wetenschappelijk) onderzoek, innovatie en zorgvernieuwing stimuleren.

De ontwikkeling van de Isala Academie is in 2006 achtergebleven, met name waar het de ontwikkeling van cursussen betreft, omdat het aanvankelijke plan te ambitieus bleek te zijn voor het budget dat beschikbaar was. Daarom zullen de doelen nu op kleinere schaal verwezenlijkt worden. Het streven is de komende jaren alle opleidingen te concentreren bij de Isala Academie. In 2006 zijn daarvoor al samenwerkingsovereenkomsten getekend met regionale opleidingsinstituten.

4.1.3.4 Centres of Excellence (CoE)

Het vierde strategische speerpunt van de Isala klinieken de komende jaren is het ontwikkelen van Centres of Excellence voor zorgonderzoek en -onderwijs. Een CoE is een bijzondere functie binnen de Isala klinieken met een innovatief karakter en activiteiten die wetenschappelijk onderbouwd zijn of worden. Zo'n centrum trekt nieuwe patiënten of doelgroepen aan en is in staat zelfstandig inkomsten te genereren om daarmee de gemaakte kosten te dekken. Deze centra zullen het imago van de Isala klinieken als medisch en verpleegkundig topcentrum versterken en een regionale, nationale en zo mogelijk internationale uit-

straling hebben. De Centres of Excellence krijgen een startsubsidie van de Isala klinieken voor vijf jaar. Het is de bedoeling dat een Centre na die periode in staat is op eigen kracht door te functioneren. Na de eerste vijfjaarsperiode zullen weer nieuwe CoE's worden aangewezen. Op die manier ontstaat een extra vliegwiel voor de ontwikkeling van methoden en technieken in de Isala klinieken.

In 2005 konden medisch specialisten en Isala-medewerkers hun projectvoorstellen indienen om in aanmerking te komen als CoE. Dit leverde twaalf aanvragen op. Na een zorgvuldige selectieprocedure zijn vijf aanvragen genomineerd, waaruit ten slotte twee projectplannen gekozen zijn om verder te gaan als Centre of Excellence, namelijk het Centrum voor Diabeteszorg en het Kenniscentrum Patiëntveiligheid. Beide centra zijn in 2006 ingericht en hebben dat jaar met succes gedraaid.

Vanuit het Centrum Diabeteszorg is de door het centrum ontwikkelde werkmethode 'transmurale diabeteszorg' elders geïmplementeerd. De bekroning volgde met de benoeming van internist/diabetoloog dr. H.J.G. (Henk) Bilo tot hoogleraar inwendige geneeskunde aan de Universiteit van Groningen; hij heeft als speciale opdracht het bevorderen van en het onderzoek naar transmurale zorg. De situatie dat een hoogleraar in een perifeer ziekenhuis blijft werken is uniek. Gezien de goede werkverhoudingen met Groningen en de wens van de Isala klinieken om op het gebied van onderwijs en onderzoek een grotere rol te gaan spelen, is bij het hoogleraarschap gekozen voor een nulaanstelling waarbij het zwaartepunt van de werkzaamheden in Zwolle blijft liggen.

Vanuit het Kenniscentrum Patiëntveiligheid is de in Isala ontwikkelde methode Veilig Incident Melden (VIM) zowel binnen als buiten de organisatie uitgebreid. Binnen de Isala klinieken is het 'vimmen' inmiddels een begrip geworden. De bereidheid tot het melden van (bijna)incidenten inclusief het aantal meldingen is in 2006 toegenomen; tevens zijn op verpleegafdelingen zogenaamde patiëntveiligheidscommissies opgericht voor het analyseren en oplos-

sen van de oorzaken van (bijna)incidenten.

De drie projectvoorstellen die in de race om uit te groeien tot CoE zijn overgebleven, zijn door de Isala klinieken eveneens verder geholpen. Deze projecten hebben voor twee jaar financiële steun gekregen, waarna ze naar verwachting eveneens op eigen kracht voortgezet kunnen worden. Deze initiatieven (handencentrum, evidence based kindergeneeskunde, snelle longdiagnostiek) zijn in 2006 goed van start gegaan.

De vier genoemde beleidsprioriteiten zullen ook in 2007 van kracht zijn. Daarbij willen de Isala klinieken in de komende jaren haar capaciteit om te vernieuwen en te verbeteren verder uitbouwen, met name door te bevorderen dat alle mensen die aan de Isala klinieken verbonden zijn, enthousiasme ervaren bij het aanbrengen van vernieuwingen in hun eigen werk en in hun omgeving. Hierdoor ontstaat betrokkenheid en een 'wij'-gevoel.

4.1.4 Nieuwbouw

Sinds de Isala klinieken in 2004 toestemming hebben gekregen om over te gaan tot nieuwbouw, zijn de nieuwbouwplannen continu aangepast aan de veranderende wet- en regelgeving. Dat heeft ertoe geleid dat het oorspronkelijke plan is ingekrompen. In 2006 zijn de Isala klinieken in de gelegenheid gekomen om vier gebouwen aan de Dr. Spanjaardweg (het voormalig asielzoekerscentrum) aan te kopen. Hiermee heeft het ziekenhuis een belangrijke randvoorwaarde voor de nieuwbouw ingevuld. In de gebouwen aan de Spanjaardweg kunnen alle medewerkers en functies worden ondergebracht die momenteel in de te slopen personeelsflats gehuisvest zijn. Daarnaast bieden de gebouwen volop ruimte voor Zorg BV's en nieuw te ontwikkelen gezondheidsdiensten. Het afgelopen jaar hebben gebruikersgroepen bestaande uit managers, medisch specialisten en Isala-medewerkers aan de hand van thema's intensief gewerkt aan de inrichtingstekeningen voor het nieuwe ziekenhuis. Het plan voor de nieuwbouw is definitief

vastgesteld en er is gestart met de bouw van de parkeergarage.

Eind maart 2007 heeft de Raad van Bestuur na overleg met het Bestuur van de Medische Staf besloten de nieuwbouw van de Isala klinieken tot het eind van dit jaar uit te stellen. De regelgeving gaat in de nabije toekomst veranderen waardoor ziekenhuizen hun bouwkosten moeten doorberekenen in de prijs van hun dienstverlening. Bovendien leren ervaringen van andere ziekenhuizen die met nieuwbouw bezig zijn dat de bouwkosten aanmerkelijk hoger zijn dan tot voor kort werd aangenomen. De Isala klinieken hebben de afgelopen periode weliswaar een positief resultaat geboekt, maar de lasten van de nieuwbouw zijn dusdanig hoog dat ze op dit moment niet kunnen worden gedekt vanuit de exploitatie. De veranderende regelgeving, kortingen op budgetten zoals in het regeerakkoord opgenomen en toeneemende marktwerking vragen in ieder geval om een afgewogen keuze voor een investering van deze omvang. De Raad van Bestuur hanteert als uitgangspunt dat de hoogwaardige kwaliteit van zorgverlening aan patiënten van de Isala klinieken gewaarborgd moet blijven en niet in het gedrang mag komen door te hoge financieringslasten voor de nieuwbouw. De time-out wordt gebruikt om verschillende opties te bekijken voor het realiseren en financieren van de nieuwbouw.

4.1.5 Informatiebeleid

De Isala klinieken streven een zodanige organisatie van de informatievoorziening na dat informatie altijd en overal beschikbaar wordt gesteld en kan worden vastgelegd. Het is van belang dat medische gegevens gestructureerd aangeboden kunnen worden ter ondersteuning van het zorgproces, ten behoeve van het meten van kwaliteit en het verrichten van onderzoek. Het is essentieel voor een goed functionerend zorgbedrijf dat de informatievoorziening de werkprocessen ondersteunt, met name omdat deze in de voorgenoemen nieuwbouw voor een deel anders zullen worden

ingericht dan nu het geval is. Het intern optimaliseren van processen met het oog op de nieuwbouw (en de nieuwe organisatiestructuur) moet gepaard gaan met een verbetering van de relatie met de eerste en derde lijn enerzijds en patiënten anderzijds. Dit vindt onder andere plaats door zorgverleners actief toegang tot systemen als EriDanos (elektronisch patiëntendossier en afsprakensysteem) te geven en patiënten gedeeltelijk de zeggenschap over hun dossier en hun afspraken te geven.

Integrale planning en verdergaande automatisering van registratieve processen moeten kostenverlagend werken en de zorgverleners meer tijd voor hun kerntaken geven. EriDanos wordt als 'desktop' ingericht (met een eigen indeling per type zorgverlener), van waaruit de processen worden aangeroepen die de benodigde capaciteiten aan mensen en middelen in de desbetreffende bedrijfssystemen reserveren.

Capaciteiten zoals beschikbaarheid van OK-, IC- en verpleegbed, goederenlogistiek, zorgondersteunende afdelingen en dienstroosters moeten gecombineerd met de zorgvraag en de beoordeling door de arts leiden tot een planning van het totale zorgtraject (planning op output). Gegevens worden daarbij zo veel mogelijk geautomatiseerd vastgelegd in plaats van opgeschreven, overgetypt of handmatig ingevoerd. De efficiencyverbeteringen door optimalisatie van het behandeltraject (en verlaging van de kosten) zullen de arbeidsproductiviteit verhogen. Om de Isala-ambities te verwezenlijken moet de informatievoorziening in het Isala-concern een solide organisatorische en infrastructurele basis hebben. In organisatorische zin zijn beleid en strategie ondergebracht bij de informatiemanager, de uitvoering bij een afzonderlijk operationeel organisatieonderdeel, dat in 2007 naar verwachting in B.V.-vorm zal worden zelfstandig.

De informatiemanager is opdrachtgever namens het Isala-concern voor de generieke concernsystemen en de infrastructuur. Het functioneel beheer van de systemen is in de lijnorganisatie belegd.

Aandachtsgebieden van het informatiebeleid voor de komende twee jaar zijn:

- volumeverhoging door het aanbieden van EriDanos en agendering aan eerste lijn en patiënten, en ketenintegratie;
- kwaliteitsverhoging door het voortzetten van digitalisering van documenten en beelden. Daarom is aanpassing nodig van de infrastructuur om informatie 'overal en altijd' beschikbaar te hebben, mede in relatie tot de nieuwbouw; daarnaast is uitbreiden van het vastleggen van meetgegevens vereist;
- kostenverlaging door integrale planning, het (verder) inrichten van ordercommunicatie en elektronisch voorschrijven, door verbetering van de registratie en door patiënten zelf het beheer te geven over hun eigen gegevens in hun eigen dossier;
- ondersteuning specialisatie en onderzoek door aanbieden hoogwaardige infrastructuur, inclusief robots en telemonitoring;
- herinrichting van het onderwijs door het aanbieden van kennis op afstand en simulaties;
- ondersteunende activiteiten door het inrichten van ICT-governance en het verbeteren van de ICT-infrastructuur, waaronder de herinrichting van de datacenters.

4.2 ALGEMEEN KWALITEITSBELEID

Het kwaliteitsbeleid van de Isala klinieken heeft tot doel de directe zorg aan de patiënt te optimaliseren. Dit betekent dat de zorg daadwerkelijk rondom de patiënt is georganiseerd, efficiënt is en servicegericht. De patiënt wordt met empathie en respect behandeld.

4.2.1 Kwaliteitsbeleid en patiëntenlogistiek

Het kwaliteitsbeleid sluit aan bij het streven van de Isala klinieken haar kernfunctie te versterken. Het optimaliseren van processen plus het verbeteren van de efficiency en het serviceniveau hebben tot doel de kernfunctie van de Isala klinieken te versterken.

Kwaliteitszorg is een integraal onderdeel van de tota-

le bedrijfsvoering (Total Quality Management). Hiervoor wordt het INK-managementmodel gebruikt. Daarnaast dient er een goede balans te zijn tussen motiveren en normeren, waarbij aandacht is voor vier pijlers van kwaliteitszorg:

1. signaleren door een analyse te maken, de huidige situatie vast te leggen en verbetermogelijkheden op te sporen met behulp van het INK-model, aangevuld met de NIAZ-kwaliteitsborgingsnorm en afdelingsgebonden normen;
2. verbeteren door het opzetten van verbeterprojecten, waarbij de volgende vragen centraal staan: wat willen we bereiken (doel), hoe weten we dat een verandering een verbetering is (meten), en welke verandering kunnen we invoeren die resulteert in een verbetering (veranderen)?
3. borgen door een (nieuwe) werkwijze te verankeren in het dagelijks handelen. Dit kan door middel van: vastleggen van afspraken, blijven meten, bijsturen en het vastleggen van verbeteringen in een operationeel kwaliteitssysteem (NIAZ);
4. verantwoorden door te communiceren over het kwaliteitssysteem en zichtbare resultaten, zodat de buitenwereld een gerechtvaardigd vertrouwen in de kwaliteit van de Isala klinieken kan hebben.

4.3 KWALITEITSBELEID TEN AANZIEN VAN PATIËNTEN/CLIËNTEN

4.3.1 Kwaliteit van zorg

4.3.1.1 Inspanningen

- NIAZ

Alle zorgteams die worden voorbereid op de NIAZ-accreditatie hebben in het eerste kwartaal van 2006 de zelfevaluatie van het NIAZ afgerond en zijn gestart met het invoeren van verbeteringen. In het derde kwartaal is nadrukkelijk aandacht besteed aan de totstandkoming van de Isala-brede rapportage

aan het NIAZ. Er is een auditplan opgesteld en besproken in de adviescommissie Kwaliteit. In oktober is voor de NIAZ-accreditatie in samenwerking met Kerteza de eerste audittraining verzorgd. Deze driedaagse training heeft vier uitgevoerde audits opgeleverd. Eenzelfde opleiding nogmaals verzorgd door de sectie Kwaliteit en het Centrum Patiëntveiligheid heeft vier uitgevoerde audits opgeleverd. In totaal zijn 35 auditoren opgeleid tot intern auditor.

- Isala Sneller Beter

De voorbereidingen voor een tweede ronde Isala Sneller Beter-projecten heeft plaatsgevonden. In totaal zijn twaalf intakegesprekken gevoerd en in april 2006 zijn twaalf nieuwe projecten gestart.

In het tweede kwartaal van 2006 is de tweede ronde Isala Sneller Beter-projecten van start gegaan.

Begin april heeft de eerste scholing plaatsgevonden en zijn twaalf projectteams getraind. In deze tweede ronde zijn ook de medisch specialisten goed vertegenwoordigd. Tevens zijn drie verbetermarkten georganiseerd waar de resultaten van de Isala Sneller Beter-projecten zijn gepresenteerd.

- protocollen

Het herziene protocollenbeleid is in 2006 ingevoerd. Sinds eind 2006 worden er geen papieren versies van protocollen meer centraal verstrekt. Voor het actualiseren van de BIG(gerelateerde)-protocollen is een tijdelijke werkgroep geïnstalleerd, bestaande uit verpleegkundigen, skillslabfunctionarissen, een arts, een apotheker en overige ter zake deskundigen. Het protocol niet-reanimeerbeleid is in concept gereed, maar moet nog worden goedgekeurd door het Bestuur van de Medische Staf. Het protocol ter voorkoming van vergissingen bij operaties is goedgekeurd. Het nieuwe documentbeheersysteem is klaar en wordt op een aantal proefafdelingen getest.

- klachten

De klachtenregeling is herzien en ter advisering voorgelegd aan de Cliëntenraad, de Medische Staf en de

klachtencommissie. Deze hebben positief geadviseerd en de herziene klachtenregeling is begin 2007 vastgesteld. Tevens is een concept klachtenfolder ontwikkeld.

- *patiëntwaardering*

Het plan van aanpak voor verdere uitrol van het patiëntenwaarderingsonderzoek is opgesteld en goedgekeurd door het management. In 2006 zijn voor dertig zorgteams vragenlijsten voor het patiëntenwaarderingsonderzoek verstuurd.

- *prestatie-indicatoren*

Ook in 2006 is het gelukt om de prestatie-indicatoren op tijd te publiceren via de databank Kwaliteit en op de intranetsite van de Isala klinieken. In totaal is circa tachtig procent van de indicatoren ingevuld.

- *kwaliteitsjaarverslag*

Het kwaliteitsjaarverslag is op 1 juni 2006 opgestuurd naar de Inspectie en geeft een goed overzicht van de bereikte resultaten van 2005.

- *Consumentenbond*

De Isala klinieken hebben deelgenomen aan alle onderzoeken van de Consumentenbond in 2006:

- borstkankerzorg
(beter gescoord t.o.v. andere ziekenhuizen)
- hartfalen
(beter gescoord t.o.v. andere ziekenhuizen)
- diabetes
(beter gescoord t.o.v. andere ziekenhuizen)
- incontinentiezorg
(beter gescoord t.o.v. andere ziekenhuizen)
- spataderenzorg
(beter gescoord t.o.v. andere ziekenhuizen)
- amandelenzorg
(slechter gescoord t.o.v. andere ziekenhuizen)
- staarzorg
(slechter gescoord t.o.v. andere ziekenhuizen)

- *prestaties: kwaliteitsmanagementsysteem*

tabel: gehanteerd kwaliteitssysteem/gehanteerde kwaliteitssystemen

HKZ	ja
MIK-V	nee
ISO	ja
NIAZ/INK	ja
MKG	nee
zorgkwaliteitseisen	nee
overige systemen	ja

Toelichting:

NIAZ: Isala klinieken

CCKL: Klinisch chemisch laboratorium, fertiliteitslaboratorium, Pathologie, Medische microbiologie, laboratorium ziekenhuisapotheek

HKZ: Nierdialyse (certificaat)

ISO: Isala Facilitair (certificaat), ziekenhuisapotheek

JACIE: stamceltransplantatie

GMP-Z: productie-unit ziekenhuisapotheek

- *prestaties: accreditatie*

tabel: kwaliteitscertificaten, -labels of accreditaties

certificaat, label of accreditatie behaald	nee
--	-----

er is een traject gestart om een kwaliteitscertificaat, -label of accreditatie te verkrijgen	ja
--	----

gestart traject:

naam beoogde certificaat, label of accreditatie	NIAZ
verwachte maand en jaar van uitreiking certificaat, label of accreditatie	september 2007
naam toetsende instantie	NIAZ

Toelichting:

In februari 2007 heeft de NIAZ-audit plaatsgevonden. In april 2007 wordt het concept van het accredita-

tierapport aangeleverd. In de zomermaanden wordt een verbeterplan geschreven door de Isala klinieken. In september 2007 buigt de NIAZ-commissie zich over het accreditatierapport en het verbeterplan om zodoende te kunnen bepalen of de Isala klinieken een keurmerk kan worden toegekend.

4.3.2 Kwaliteit van de organisatie

De betreffende indicatoren zijn in bijlage 6 (kwaliteit van de organisatie) opgenomen.

4.3.3 Klachten

Klachten ontstaan door een veelheid aan factoren: (veronderstelde) fouten, ongecorrigeerde verwachtingen, misverstanden, niet nakomen van afspraken, gebrekkige communicatie, interpretatieverschillen over patiëntenrechten, tarieven, bejegening of organisatie van zorg.

Klachten leiden er voor patiënten vaak toe dat hun ziekte of aandoening nog ingrijpender en belastender wordt. Ook op zorgaanbieders hebben klachten een grote impact.

Daarom is het belangrijk zo vroeg mogelijk en zorgvuldig op een klacht in te gaan om escalatie te voorkomen. Naar aanleiding van een onderzoek van het

NIVEL naar de afhandeling van klachten, is in opdracht van ZonMw in 2002 een groot aantal organisaties uit diverse zorgsectoren gestart met het maken van een 'Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg'. Deze richtlijn is in december 2004 gepresenteerd.

De werkwijze zoals gehanteerd in de Isala klinieken wordt aanbevolen als 'good practice' in deze richtlijn. Het gaat hierbij vooral om de structurele wijze waarmee op afdelingen en aan nieuwe medewerkers voorlichting wordt gegeven over de klachtenregeling, de formele en informele klachtenafhandeling, wetgeving op het gebied van klachten en de functie van de klachtenfunctionaris.

De Isala klinieken kennen een klachtenregeling. In deze klachtenregeling wordt aangegeven door wie en op welke wijze binnen de Isala klinieken een klacht kan worden ingediend en hoe de ziekenhuisorganisatie vervolgens met die klacht omgaat.

De klachten hebben er onder meer toe geleid dat er meer aandacht is voor de overdracht tussen dag- en nachtdienst. Er is een folder voor de medewerkers over de klachtenregeling ontwikkeld. Tevens zijn de afspraken aangaande dossiervoering herzien.

Tabel: Samenstelling klachtencommissie

Naam lid	aandachtsgebied of rol binnen de commissie
mr. S.E. Bins-van Waegeningh	vicepresident van de Arrondissementsrechtbank Zwolle-Lelystad, voorzitter en voorzitter subcommissie locatie Sophia
mr. A.C.B. Jensma-Nieuwpoort	vicevoorzitter en voorzitter subcommissie locatie Weezenlanden (tot 1 januari 2007)
drs. E.M. Kalsbeek-barones Schimmelpenninck van der Oije	namens het Patiënten/Consumenten Platform Zwolle, subcommissie locatie Sophia
D.H. Kromdijk, psychiater	namens de Medische Staf, subcommissie locatie Sophia (tot 1 oktober 2007)
N. van der Kolk	namens de verpleegkundige sector, subcommissie locatie Sophia met ingang van 1 september 2005
drs. H.J.C. Kerdel – Christman	arts, n.p. subcommissie locatie Sophia
P.H. Kleingeld	oud-huisarts, subcommissie locatie Weezenlanden (tot 1 mei 2007)
P. Slot	namens het Patiënten/Consumenten Platform Zwolle, subcommissie locatie Weezenlanden (tot 1 oktober 2007)
M. de Goede, verpleegkundige	namens de verpleegkundige sector, subcommissie locatie Weezenlanden

Tabel: Aantallen klachten in verslagjaar

aantal klachten ingediend bij de klachtencommissie (absoluut aantal)	41
aantal adviezen ontvangen van de klachtencommissie (absoluut aantal)	7
relatief aantal bij klachtencommissie ingediende klachten	5,9%
absoluut aantal klachten dat niet door de klachtencommissie is behandeld	9
percentage van het (absolute) aantal klachten dat gegrond is verklaard	66,7%
percentage klachten dat tot maatregelen/verbeteringen heeft geleid	100%

Tabel: Aard van de door de klachtencommissie (KC) behandelde klachten

	totaal 2006	totaal 2005
totaal aantal klachten binnengekomen bij de KC	41	35
van de binnengekomen klachten kan de volgende verdeling worden gemaakt:		
aantal klagers dat geen behandeling verwacht van de KC, maar bemiddeling verkiest door de klachtenfunctionaris	25	15
aantal klagers dat geen behandeling verwacht van de KC en alleen verzoekt om klacht door te sturen naar beklagde	6	2
aantal klagers van wie na ontvangst van de klacht door de KC niets meer is vernomen	4	1
van de door de klachtencommissie in behandeling genomen klachten kan de volgende verdeling worden gemaakt:		
klachten in behandeling genomen door de KC	17	15
aantal klagers dat na start van de behandeling door de KC de klacht introk na gesprek met/brief van beklagde	9	3
aantal formele oordelen van de KC	7	7
nog in behandeling	1	9

Is in uw concern een cliëntenvertrouwenspersoon werkzaam?

ja, er is een patiëntenvertrouwenspersoon

- prestaties: overig

Medewerkers zijn onvoldoende bekend met de klachtenregeling. De communicatie tussen hulpverleners en patiënt blijft een punt van aandacht. Er loopt een verbeterproject voor de Isala Standards of Care.

4.3.4 Toegankelijkheid

Beleid en inspanningen:

- er wordt momenteel gewerkt aan het digitale medische dossier (klinisch en poliklinisch);

- de BIG-protocollen worden herzien;
- de dossiervoering is besproken in de Kernstaf;
- ontslagformulieren zijn gestandaardiseerd en er is een eenduidige ontslagprocedure ontwikkeld.

4.3.5 Veiligheid

Beleid en inspanningen:

- *Centrum Patiëntveiligheid*

Fouten maken is menselijk, zelfs in de zorg. In de huisartsenpraktijk, de apotheek, in het ziekenhuis en bij de thuiszorg gaan dingen mis. Het Centrum Patiëntveiligheid Isala bevordert continu de patiëntveiligheid, door:

- het verminderen van (bijna)incidenten en calamiteiten door actief bij te dragen aan het uitwisselen

van informatie over risico's, fouten, genomen maatregelen en de resultaten daarvan;

- het uitvoeren van prospectieve risico-inventarisaties;
- het creëren van een veiligheidscultuur.

Hiervoor wordt met zorgverleners informatie uitgewisseld over (bijna)incidenten en maatregelen voor verbeteringen. Ook deelt men geleerde lessen en risicoanalyses. Het centrum richt zich in eerste instantie op de zorgketen in de regio Zwolle. Daarna is de ambitie om het project ook landelijk uit te voeren.

- *Move Your Dot*

In 2006 heeft een dossieronderzoek naar adverse events plaatsgevonden in de Isala klinieken. Op basis van de resultaten wordt bekeken welke interventies uitgetest kunnen worden om het aantal adverse events terug te dringen. De resultaten van het Move Your Dot-onderzoek worden hier ook bij gebruikt.

- *samenwerking met DSM*

In 2004 zijn de Isala klinieken een samenwerking met DSM aangegaan voor de verdere ontwikkeling van patiëntveiligheid. Deze samenwerking is in 2006 geëvalueerd waarna is besloten door te gaan.

- *veiligheidsmanagement*

Eind 2005 is gestart met de pilot Veiligheidsmanagement (VMS). De Isala klinieken zijn een van de tien deelnemende pilotziekenhuizen, die gezamenlijk instrumenten rondom patiëntveiligheid uittesten. De pilot kent een aantal onderdelen, namelijk:

- Leiderschap & Organisatieontwikkeling;
- actief werken aan veiligheid (Veilig Incident Melden);
- proactief werken aan veiligheid.

Ter ondersteuning van het onderdeel Leiderschap & Organisatieontwikkeling is de sectie Kwaliteit in samenwerking met het centrum Patiëntveiligheid gestart met de ontwikkeling van een management-training Patiëntveiligheid voor de managers van de Isala klinieken. De uitwerking van deze masterclass is gebaseerd op en geïnspireerd door vergelijkbare bij-

eenkomsten bij DSM. Door participatie is het mogelijk om een vertaling te maken naar de Isala klinieken. In 2006 heeft de training van de Raad van Bestuur en het zorggroepmanagement plaatsgevonden.

Ook heeft een cultuuronderzoek plaatsgevonden rondom patiëntveiligheid middels de zogenaamde COMPaZ-vragenlijst. In 2006 hebben elf afdelingen en het management deelgenomen aan dit onderzoek.

Wat betreft actief werken aan veiligheid gaan de Isala klinieken verder met de implementatie van Veilig Incident Melden. In 2006 zijn er 5933 MIP/VIM meldingen gedaan. Dit is ruim twee keer zoveel als vorig jaar. Het grote aantal is het bewijs dat veilig incident melden werkt. Inmiddels 'vimt' zeventig procent van de zorgteams.

In 2006 zijn bijna veertig mensen getraind in het toepassen van het Veilig Incident Melden (VIM) en in het decentraal analyseren.

Eind oktober vond de leiderschapsbijeenkomst Patiëntveiligheid plaats. De bijeenkomst is goed geëvalueerd en heeft geresulteerd in actiepunten voor 2007 die zijn opgenomen in het jaarplan Kwaliteit 2007. Eind maart is het dossieronderzoek naar adverse events in de Isala klinieken van start gegaan.

Het proactief werken aan veiligheid kan met de Healthcare Failure Mode Effect Analysis (HFMEA)-methode. In 2006 zijn de volgende afdelingen getraind om met deze methodiek een risicoanalyse uit te voeren:

- zorggroep Chirurgie: afdeling B3 en afdeling B4 (locatie Sophia);
- zorggroep Ouder & Kind: Fertilitetskliniek;
- zorggroep MOS: Klinische Farmacie.

Op basis van evaluatie wordt bekeken of deze methode op meer afdelingen bruikbaar is.

- *prestaties: melding incidenten (patiënt-/cliëntveiligheid)*

Tabel: Melding incidenten patiënten/cliënten en FONA-meldingen

aantal MIC- of MIP/FONA-meldingen	5933
percentage meldingen dat tot maatregelen heeft geleid	36%

- prestaties: informatievoorziening en -beveiliging

Tabel: Informatievoorziening en informatiebeveiliging

het concern voldoet aan de norm NEN 7510	nee
--	-----

datum waarop het concern verwacht aan de norm NEN 7510 te voldoen	01-01-2010
---	------------

er is een plan van aanpak vastgesteld om aan de norm NEN 7510 te voldoen	ja
--	----

Toelichting:

Beter worden in Isala is het motto. Dit geldt ook ten aanzien van de informatievoorziening. Onze medewerkers, patiënten, klanten en leveranciers vertrouwen ons hun, vaak persoonlijke, gegevens toe. Zij gaan ervan uit dat die gegevens in goede handen zijn. Een betrouwbare en veilige informatieverwerking is dus belangrijk voor onze organisatie. Niet alleen ten aanzien van de continuïteit van de zorgverlening maar ook in de voorwaardenscheppende omgeving.

Naast deze interne drijfveren stellen de overheid en overkoepelende instanties zoals het NICTIZ steeds hogere eisen aan de Isala-organisatie, door direct en indirect de eis te stellen dat wij per 2010 aan de NEN 7510 moeten voldoen.

Het beleidsplan Informatiebeveiliging vormt de basis voor het op een verantwoorde wijze richting geven aan de uitvoering van de dagelijkse werkzaamheden en de verantwoorde omgang met informatie. De landelijk erkende norm voor informatiebeveiliging in de gezondheidszorg, de NEN 7510, wordt hierbij gebruikt

als leidraad. Het is de verantwoordelijkheid van elke medewerker om de uitgangspunten zoals die hier zijn verwoord, inhoud te geven en zwakheden op dit gebied te melden.

4.4 KWALITEIT TEN AANZIEN VAN MEDEWERKERS

4.4.1 Personeelsbeleid

4.4.1.1 Beleid en inspanningen

- *beleid*

Het HRM-meerjarenbeleidsplan dient als basis en richtlijn voor de komende drie tot vijf jaar. Het HRM-beleid is er onder meer op gericht meer patiëntgericht te werken. Tevreden patiënten zijn altijd in contact geweest met tevreden medewerkers. Dit impliceert dat ook de leden van maatschappen tot het HR-aandachtsgebied behoren.

Het HRM-beleid kent de volgende speerpunten:

- vitale organisatie;
- vitale medewerkers;
- vitale groei.

Vitaliteit loopt als rode draad door alle activiteiten en projecten. Vitaliteit betekent letterlijk: levenskracht. Deze levenskracht is terug te vinden in onze medewerkers en in de organisatie als geheel.

- *jaargesprekken*

Jaargesprekken zijn een belangrijk middel om de medewerker en de organisatie verder in ontwikkeling te brengen. Door begeleiding en ontwikkeling van medewerkers systematisch aan te pakken, concrete meetbare afspraken te maken en jaarlijks te evalueren, leveren jaargesprekken een gerichte bijdrage aan de doelstelling van de organisatie. Daarnaast binden jaargesprekken en het nakomen van de daar gemaakte afspraken medewerkers aan de organisatie. Jaargesprekken bewerkstelligen dat medewerkers hun eigen loopbaan gaan sturen. Dat heeft tot gevolg

dat de organisatie effectiever gebruik kan maken van beschikbare talenten en bij medewerkers het werkplezier toeneemt.

Het jaargesprek mondt uit in een persoonlijk ontwikkelingsplan (POP) van de medewerker. Dat kan een opleiding zijn, een loopbaanvraag, een andere nadruk in de werkzaamheden, maar ook het streven naar een andere functie, of de constatering dat in de huidige situatie nog voldoende verbreding, verdieping of voldoening mogelijk is.

- loopbaanontwikkeling

De Isala klinieken beschikken over een mobiliteitscentrum. Het doel van het mobiliteitscentrum is om medewerkers van de Isala klinieken te ondersteunen bij het vinden van een andere functie en/of functie-richting, zowel binnen als buiten de organisatie. Het mobiliteitscentrum is er voor alle medewerkers van de Isala klinieken, waarbij de nadruk ligt op medewerkers die herplaatsbaar zijn geworden (zowel in het kader van het Sociaal Plan als regulier). Tevens komen medewerkers met loopbaanvragen bij het mobiliteitscentrum, bijvoorbeeld aangevraagd door leidinggevers naar aanleiding van een POP-gesprek. Er wordt gewerkt vanuit de uitgangspunten die zijn beschreven in het mobiliteitsbeleid van de Isala klinieken. Daarnaast is er een Sociaal Plan en een regulier herplaatsingsbeleid, waarin uitgangspunten zijn vastgelegd.

De hoofdtaken van het mobiliteitscentrum zijn:

- ondersteunen en begeleiden van herplaatsbare medewerkers door middel van individuele en collectieve dienstverlening (transitie, loopbaanadvies, loopbaanontwikkeling & matching, of outplacement);
- op basis van objectieve gegevens (Sociaal Plan en arbeidsmarktplan) matchen van medewerkers die herplaatsbaar zijn in het kader van het Sociaal Plan met vacatures;
- faciliteren van de verantwoordelijk leidinggevers;
- ondersteunen van medewerkers bij loopbaanvragen;
- registratie en rapportage aan het management;

- adviseren van het management betreffende loopbaan & mobiliteit;
- faciliteren van het management bij de interne verspreiding van vacatures.

- klachten van medewerkers

De Isala klinieken beschikken over een klachtenregeling. Het betreft een regeling voor individuele medewerkers van de Isala klinieken. Groepen medewerkers kunnen hun klachten deponeren bij de Ondernemingsraad en patiënten kunnen gebruikmaken van een andere klachtenregeling. In eerste instantie wordt verwacht dat een werknemer met zijn direct leidinggevende zijn onvrede bespreekt en tot een oplossing probeert te komen. De klachtenregeling moet daarom ook gezien worden als een uiterste weg die mensen kunnen gaan. De zorg voor gezonde werkrelaties houdt ook in dat duidelijk aangegeven dient te worden dat er grenzen zijn met betrekking tot omgangsvormen. Iedere medewerker heeft recht op een respectvolle en correcte bejegening. Indien er situaties voorkomen, waarin dat niet gewaarborgd is, dient men de mogelijkheid te hebben daarover een klacht in te dienen, welke serieus en vertrouwelijk wordt behandeld. Voor zowel klachten met betrekking tot ongewenste omgangsvormen als individuele klachten is er een klachtencommissie. Deze commissie heeft een adviserende rol. De klachtenregeling en klachtencommissie zijn er voor klachten met betrekking tot ongewenste omgangsvormen en voor overige individuele klachten.

- arbo

De Isala klinieken beschikken over een arbodienst in de zin van de Arbowet. De arbodienst is organisatorisch gesitueerd binnen de dienst Human Resources en beschikt over alle noodzakelijke deskundigheid. De arbodienst is gecertificeerd volgens ISO 9001:2000 en beschikt over het bijbehorende certificaat. De arbodienst legt zich vast op protocollen die gelden met betrekking tot privacygevoelige informatie en onafhankelijkheid van functionarissen. Werkwijzen zijn vastgelegd in protocollen en diensten zijn beschreven in een dien-

stencatalogus. Deze worden gevolgd middels een kwaliteitsbewakingssysteem. Er wordt met betrekking tot het te voeren gezondheidsbeleid binnen de Isala klinieken steeds afstemming gezocht met het HRM-beleid. De dienstverlening vindt plaats met inachtneming van de verantwoordelijkheid van het management van de Isala klinieken voor goede arbozorg. Deze verantwoordelijkheid is vastgelegd en beschreven in een 'Arbo- en Milieu Management Systeem'. Dit systeem koppelt systematische aandacht van het management voor arbeidsomstandigheden aan de planning- en controlcyclus. Naast de uitvoering van wettelijk verplichte taken worden arboprojecten als initiatief van het management voorbereid en ondersteund. De dienstverlening van de arbodienst is neergelegd in een dienstencatalogus. Deze vormt de basis voor jaarlijkse dienstverleningsovereenkomsten tussen de manager van de dienst HR en het zorggroepmanagement en de hoofden van centrale stafdiensten. Daarnaast ontwikkelt de arbodienst centrale beleidskaders met betrekking tot arbeidsomstandighedenbeleid.

4.4.1.2 Verloop personeel

Verloop personeel	aantal personeels-leden
instroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	1051
waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	322
uitstroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	1049
waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	353

Ziekteverzuim personeel exclusief zwangerschapsverlof, volgens Vernetdefinitie (alle sectoren behalve UMC's), in percentages:

Personeelsformatie	percentage
verzuim totaal personeel in loondienst exclusief	6,1

Ziekteverzuim exclusief zwangerschapsverlof (definitie zoals vastgelegd in de toolkit van het arboservicepunt HOO) in percentages:

Personeelsformatie	percentage
verzuim totaal personeel in loondienst exclusief	6,02
verzuim personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies in loondienst	6,15

4.4.1.3 Vacatures

Vacatures	totaal aantal vacatures per 31 december van het verslagjaar
totaal personeel	6

4.4.2 Kwaliteit van het werk

- prestaties: waardering kwaliteit van het werk

Tabel: Waardering kwaliteit van werk door medewerkers

Heeft u in het verslagjaar een medewerkerraadpleging uitgevoerd waarin is gevraagd naar de waardering van de kwaliteit van het werk?	nee
--	-----

Toelichting:

De Isala klinieken voeren periodiek een medewerkers-tevredenheidsonderzoek uit. In navolging op het landelijke onderzoek 'Personeel in Beeld' is in het eerste kwartaal van 2005 het medewerkerstevredenheidsonderzoek voor de tweede keer in de Isala klinieken uitgevoerd (eerste onderzoek vond plaats in 2001). De resultaten van de Isala klinieken zijn vergeleken met de brancheresultaten (gezondheidszorg) en de instellingsresultaten van 2001. In de kaderbrieven van 2005 en 2006 is opgenomen dat in de jaarplannen vervolg dient te worden gegeven aan de conclusies uit het onderzoek. Er is een instellingsrapportage gemaakt. Tevens zijn voor de diverse zorggroepen afzonderlijke rapportages beschikbaar.

4.5 KWALITEIT TEN AANZIEN VAN MEDEWERKERS

4.5.1 Bestedingen uit hoofde van maatschappelijke betrokkenheid

De Isala klinieken zijn aangewezen als traumacentrum. Een van de daarbij horende taken is het opzetten van een mobiel medisch team (MMT) ten behoeve van prehospitalische ondersteuning bij grootschalige incidenten en rampen. In de afgelopen jaren is het grondgebonden MMT zodanig ingevuld dat de inzet zich niet alleen beperkt tot opgeschaalde situaties. Het MMT kan ook ingezet worden ter ondersteuning van de dagelijkse spoedeisende medische hulpverlening. De MMT-functie wordt daarmee breder ingevuld dan strikt noodzakelijk (zie bijlage 4).

Het motief daarvoor is het ondersteunen van de kwalitatief hoogstaande ambulancezorg in de regio, want er zijn situaties denkbaar waarbij de ambulancezorg klinische ondersteuning ter plaatse wenselijk acht. De criteria waaronder het MMT wordt ingezet, zijn samen met de ambulancedienst vastgesteld. In 2006 is het Zwolse MMT 43 keer uitgerukt.

4.5.2 Veiligheidsbeleid

Elk ziekenhuis is bij wet verplicht zich voor te bereiden op de handling van rampen in haar omgeving. In 2005 waren de Isala klinieken betrokken bij het opstellen van een landelijke leidraad voor het Ziekenhuis Rampen Opvangplan. Dit gebeurde middels deelname aan een door het ministerie van VWS ingestelde expertgroep format ZiROP.

Sinds de landelijke introductie van dit format in december 2005 zijn de Isala klinieken actief betrokken bij het ontwikkelen van een landelijke leidraad voor opleiden, trainen en oefenen in het kader van de rampenopvang. In 2006 zijn de HMIMS als opleidingsinstrument en het Emergo Train System als oefen- en trainingsinstrument actief ondersteund. Daarnaast is de binnen de Isala klinieken ontwikkelde expertise op dit vlak ingezet in 19 Nederlandse ziekenhuizen.

Dit omvat het analyseren van het aanwezige ziekenhuisrampenopvangplan op basis van de landelijke leidraad, het deelnemen aan oefeningen en het organiseren van trainingen crisisteam.

In 2006 zijn in overleg met de traumacentra van Enschede en Nijmegen initiatieven genomen om een gezamenlijk opleidings- en trainingsprogramma te ontwikkelen en aan te bieden aan alle bij de drie traumacentra aangesloten 22 ziekenhuizen.

4.6 FINANCIËEL BELEID

4.6.1 Financiële ontwikkelingen

In 2006 is een positief exploitatieresultaat gerealiseerd (€ 2,8 miljoen). Vergeleken met de begroting 2006 is het gerealiseerde exploitatieresultaat fors lager (€ 3,8 miljoen). Belangrijkste oorzaken zijn de fors hogere meerkosten die samenhangen met de geleverde meerproductie in 2006 en de efficiëntiekorting door de overheid.

De hogere meerkosten ten opzichte van de meerproductie 2006 zitten vooral in personeelskosten en patiëntgebonden kosten (geneesmiddelen en kunst- en hulpmiddelen). Tevens overstijgen de energiekosten 2006 de begroting met zo'n 35% (vooral gas en elektriciteit) door de blijvend hogere olieprijs op de wereldmarkt en hogere leveringskosten.

Het werkkapitaal volgens de definitie van de NZA (exclusief schulden aan kredietinstellingen) is gedaald ten opzichte van het werkkapitaal van 2005. De oorzaak hiervan is het financieringsoverschot van € 147,3 miljoen dat is ontstaan in 2006. Dit financieringsoverschot zal in 2007 terugbetaald worden aan de zorgverzekeraars op basis van de marktaandeelverdeling van het CVZ.

Het netto werkkapitaal is gestegen ten opzichte van 2005. Dit is voornamelijk toe te schrijven aan een hoger debiteurensaldo van € 20 miljoen in vergelijking met

Bedragen in miljoenen euro's

Balans	2006	2005	2004	2003	2002	2001
Vaste activa	148,5	124,7	122,1	135,0	145,7	144,6
Werkkapitaal NZA	-120,0	19,8	27,4	27,8	44,7	49,9
Nettowerkkapitaal	-39,0	-10,5	-10,5	-44,0	-43,4	-19,8
Investerings	41,8	19,1	3,0	3,8	7,4	22,9
Onderhanden werk	45,3	16,9	10,3	11,2	10,6	2,5
Kort krediet	-81,0	30,2	37,9	71,8	88,1	69,7
Lang krediet	85,5	92,3	95,2	81,7	96,4	112,6
Eigen vermogen	20,6	17,9	14,4	7,3	4,6	14,9
Balanstotaal	324,9	196,6	201,7	219,4	248,5	241,7

2005. De gemiddelde omlooptijd van de debiteuren is in 2006 nagenoeg gelijk aan 2005 en ligt boven de norm van de NZA (zestig dagen).

De stijging van het debiteurensaldo ten opzichte van 2005 wordt voor een deel veroorzaakt door een te hoog opslagpercentage voor de te factureren DBC's van het A-segment in 2006. Dit opslagpercentage is vanaf 2007 op verzoek van de Isala klinieken door de NZA lager vastgesteld, zodat het opslagpercentage beter past bij de omzetverwachtingen in het A-segment voor 2007 van de Isala klinieken.

In 2007 is voor € 9 miljoen omgezet van kortlopend vreemd vermogen naar langlopend vreemd vermogen ter financiering van de geactiveerde investeringen 2006. Deze in 2006 gedane investeringen betreffen het Lange Termijn HuisvestingsPlan (LTHP), het herhuisvestingsplan (lateralisatie specialismen) en (medische) inventarissen.

Het eigen vermogen is in 2006 door het positieve exploitatieresultaat met € 2,7 miljoen toegenomen. Dit zorgt in 2006 niet voor een hogere solvabiliteit vergeleken met 2005 (zie ratio's), omdat de boekwaarde van de niet-WZV-investeringen in 2006 fors toegenomen is in vergelijking met 2005 (€ 7,8 miljoen).

Het vermogensbeslag van niet-zorggebonden investeringen is door het Waarborgfonds voor de Zorgsector op 25% bepaald. De boekwaarde van de niet-

WZV-investeringen heeft een verlagend effect op de solvabiliteitsratio (zo'n 1,5%).

Vanaf 2002 zijn de balanstotalen in dalende lijn. In 2006 is het balanstotaal aanmerkelijk gestegen door het ontstane financieringsoverschot van € 147,3 miljoen en de daarbij horende positieve bankstanden.

Tevens is in 2006 geïnvesteerd in nieuwbouw van het ziekenhuis en nieuwbouw van het verzorgingshuis (samen € 10,5 miljoen), aankoop en verbouwing locatie Spanjaardweg (€ 10,8 miljoen), herhuisvestingsplan en LTHP (€ 2,7 miljoen) en inventarissen (€ 18,1 miljoen.).

Het item onderhanden werk heeft betrekking op nog niet afgewikkelde investeringsprojecten.

De current ratio is gelijk aan 2005 (0,9). De kasstroom is verbeterd met € 111,2 miljoen door een fors positieve operationele kasstroom (hoofdzakelijk veroorzaakt door het opgebouwde financieringsoverschot in 2006). Exclusief dit opgebouwde financieringsoverschot is de operationele kasstroom ten opzichte van 2005 verslechterd (€12,3 miljoen).

Het in 2006 opgebouwde financieringsoverschot van €147,3 miljoen heeft in 2006 geleid tot een (tijdelijk) liquiditeitsoverschot. Vooral deze ontwikkeling in 2006 is de oorzaak van het negatieve renteresultaat in 2006. Het model van de rentenormering van de

Bedragen in miljoenen euro's

Ratio's	2006	2005	2004	2003	2002	2001
Current ratio	0,9	0,9	0,9	0,7	0,7	0,8
Cash flow	111,2	7,7	34,1	16,6	5,0	15,8
Eigen vermogen/balanstotaal ratio	6,3%	9,0%	7,1%	3,3%	1,9%	6,2%
Lasten/baten ratio	99,2%	98,9%	97,7%	98,0%	103,4%	99,5%
Winstmarge	0,8%	1,1%	2,3%	2,0%	-3,4%	0,5%
Goedgekeurd DBC's (in jaar)	285.434	252.890				
Openstaande DBC's (cumulatief)	47.535	78.792				
Aantal DBC's > 1 jaar open (cumulatief)	611	2.219				
Uitgevallen DBC's (cumulatief)	25.579	32.362				
Gem. omlooptijd OHW afgesloten DBC	96	108				
Gem. omlooptijd OHW open DBC's	212	127				
Gemiddelde omlooptijd debiteuren	73	71	88	98	119	94
Gemiddelde omlooptijd crediteuren	37	39	42	58	51	50
Gemiddelde salariskosten	36.860	35.558	30.865	30.200	28.400	25.800
Gemiddelde personeelskosten	47.450	46.469				
Gemiddeld aantal FTE	4.163	4.118	4.116	4.175	4.190	4.012
Rentabiliteit totaal vermogen	2,6%	4,4%	6,3%	5,8%	0,3%	4,9%
Solvabiliteit conform Wfz	4,9%	5,0%	4,4%	1,9%	-0,4%	4,1%

NZA heeft als uitgangspunt dat ziekenhuizen altijd liquiditeitsbehoefte hebben en rekent op deze wijze ook de rentevergoeding in wettelijk budget af met de ziekenhuizen. In 2006 is dit niet het geval voor de Isala klinieken. Hierdoor ontstaat een negatief renteresultaat in 2006 (€ 0,1 miljoen). Vergeleken met 2005 is dit een verslechtering van het renteresultaat van € 1,2 miljoen. Het financieringsoverschot dat in 2006 opgebouwd is zal in 2007 worden terugbetaald aan de zorgverzekeraars conform het door het CVZ vastgestelde marktaandeel van de zorgverzekeraars in 2006. Hierdoor zal weer liquiditeitsbehoefte ontstaan. De prognose voor 2007 is dat de verwachte terugbetaling van het financieringsoverschot en de voorfinanciering van de nieuwbouw van het ziekenhuis binnen de huidige kredietlimiet zullen vallen.

De winstmarge is de verhouding tussen de bruto-winst en de omzet. Deze is in 2006 met 0,3% gedaald tot 0,8% vergeleken met 2005. Ultimo 2006

bedraagt de onderhanden werkpositie van de Isala klinieken (inclusief voorziening) € 47,5 miljoen. Het door de zorgverzekeraars verstrekte permanente voorschot ter dekking van de onderhanden werkpositie bedraagt ultimo 2006 €46,9 miljoen.

De gemiddelde doorlooptijd van de afgesloten DBC's ultimo 2006 (96 dagen) is behoorlijk lager dan ultimo 2005 (108 dagen), maar ligt boven de NZA-norm (75 dagen). Doelstelling van de Isala klinieken is om op korte termijn te zorgen dat de onderhanden werkpositie binnen de NZA-norm valt. Intern zijn doelstellingen met betrekking tot referentiedoorlooptijden per specialisme opgesteld die door de zorggroepen worden nagestreefd.

De rentabiliteit is een indicator voor de winstgevendheid van de stichting en het eigen vermogen. De rentabiliteit van het totale vermogen is met 1,8% gedaald tot 2,6%.

De positieve resultaatontwikkeling in 2006 zorgt voor een nagenoeg gelijke solvabiliteit (conform Wfz) van 4,9% vergeleken met ultimo 2005. De boekwaarde van de niet-WZV-investeringen (ultimo 2006 totaal € 19,2 miljoen) zijn fors toegenomen in 2006 (€ 7,8 miljoen). In de solvabiliteitsberekening conform Wfz dient 25% van de boekwaarde van de niet-WZV-investeringen in mindering te worden gebracht op het eigen vermogen. Het behaalde exploitatieresultaat compenseert de toename van de boekwaarde van de niet-WZV-investeringen, maar zorgt niet voor de benodigde eigen vermogenstoename om de solvabiliteitsdoelstelling voor 2006 te behalen (6,4%). Het Isala-beleid is erop gericht om ultimo 2009 een solvabiliteitspercentage te bereiken van 10% en medio 2012 van 15%. Deze solvabiliteitsratio's zijn minimaal nodig om in de toekomst voldoende toegang tot de kapitaalmarkt te waarborgen om financiering aan te kunnen trekken voor de beoogde nieuwbouw. De Isala klinieken streven naar een jaarlijkse productiviteitsstijging van minimaal 3%.

4.6.2 Investerings

In 2006 is € 57,7 miljoen geïnvesteerd in materiële vaste activa, waarvan € 28,4 miljoen ultimo 2006 nog onderhanden is. In totaliteit is eind 2006 € 45,3 miljoen onderhanden.

Het merendeel van het bedrag, namelijk € 26,9 miljoen, heeft betrekking op planontwikkeling voor de nieuwbouw van het ziekenhuis op locatie Sophia. Aan de nieuwbouw van locatie Nieuwe Haven is € 5,2 miljoen besteed. Een bedrag van € 4,8 miljoen heeft betrekking op de realisatie van het herhuisvestingsplan. Verder houdt € 10,3 miljoen verband met inventarissen.

De onder de categorie 'Terreinen en Gebouwen' opgenomen investeringspost van € 3,9 miljoen betreft verbouwingen en aanpassingen uitgevoerd in 2006 op de volgende afdelingen:

- Endoscopie locatie Weezenlanden € 0,6 miljoen;
- Cytostatica € 0,3 miljoen;

- HCK € 0,3 miljoen;
- Radiologie (PET-Scan) € 0,3 miljoen;
- Urologie € 0,4 miljoen;
- Orthopedie € 0,2 miljoen;
- KNF € 0,2 miljoen;
- concentratie locatie Weezenlanden € 0,2 miljoen;
- aanpassing PG-woningen (Nieuwe Haven) € 0,3 miljoen;
- andere kleine projecten € 1,1 miljoen.

De onder de categorie 'Installaties' opgenomen investeringen van € 0,5 miljoen hebben betrekking op werkzaamheden op de volgende afdelingen:

- 1^e Hart-Long € 0,1 miljoen;
- Orthopedie € 0,1 miljoen;
- Urologie € 0,1 miljoen;
- andere kleine aanpassingen uitgevoerd op diverse afdelingen € 0,2 miljoen.

In 2006 is voor € 8,6 miljoen aan inventaris in gebruik genomen, onder andere:

- upgrade SAP € 0,3 miljoen;
- boor/zaagmachine OK € 0,2 miljoen;
- beademingsmachine vanwege de MRI € 0,1 miljoen;
- MOS Radiologie € 0,4 miljoen;
- echoapparatuur ten behoeve van perineonatologie € 0,2 miljoen;
- renovatie ledikanten € 0,2 miljoen;
- portable OK's € 0,7 miljoen;
- gamma camera GE € 0,2 miljoen;
- OK units Drager € 0,2 miljoen;
- storage area network € 0,2 miljoen;
- telemetrieplaatsen C-3 € 0,2 miljoen;
- diverse kleinere projecten voor een totaalbedrag van € 5,7 miljoen.

4.6.3 Resultaatanalyse

De geconsolideerde resultatenrekening 2006 sluit met een voordelig saldo van € 2,8 miljoen (tegenover € 3,5 miljoen voordelig in 2005).

Bedragen in miljoenen euro's

Resultaten	2006	2005	2004	2003	2002	2001
Baten	331,7	316,7	308,3	302,5	281,8	259,9
Lasten	328,9	313,2	301,1	296,4	291,3	258,5
Resultaat voor winstverdeling	2,8	3,5	7,2	6,1	-9,5	1,4
Resultaat voor afschrijving rente	24,2	25,2	29,4	28,6	14,8	24,7
- Afschrijving	17,5	16,5	16,1	15,0	14,5	14,4
- Rentekosten	4,0	5,2	6,1	7,5	10,3	9,8
Renteresultaat	-0,1	1,1	1,3	0,5	-1,0	-0,6

Ten opzichte van 2005 is het extern budget van het ziekenhuis gestegen met € 2,7 miljoen, het extern budget van Isala Ouderenzorg met € 0,6 miljoen. De voornaamste oorzaak van de toename hangt samen met hogere productie.

Daarnaast zijn de opbrengsten uit het B-segment € 13 miljoen hoger ten opzichte van 2005. Deze stijging hangt samen met het terugbrengen van openstaand uitval en onderhandenwerk, dat in de jaarrekening 2005 geheel of gedeeltelijk is afgewaardeerd. In 2006 kon een belangrijk deel van de afgewaardeerde posten alsnog worden gedeclareerd. Daarnaast is het B-segment gegroeid ten koste van het A-segment en is de afzet van het B-segment toegenomen. Ook de overige opbrengsten zijn ten opzichte van 2005 hoger (zie toelichting bij 2.6.3.)

De toename van de personele lasten zijn ten opzichte van 2005 met € 6,2 miljoen toegenomen. De post wordt negatief beïnvloed door mutaties op de voorziening vakantie-uren en dotaties op de voorziening jubileumuitkering en voorziening loondoorbetaling bij ziekte. De post wordt gunstig beïnvloed door mutaties op de voorzieningen van herplaatsbaren, AMS, mobiliteit en afvloeiingsregelingen en mutaties voorziening afkoopsommen. De post 'personeel niet in loondienst (PNIL)' is in 2006 met € 0,8 miljoen gestegen.

De sociale lasten worden in 2006 gunstig beïnvloed door lagere bijdrage ziektekostenverzekering en gedifferentieerde premie WAO. Daarnaast worden de

sociale lasten nadelig beïnvloed door hogere werkgeverslasten, met name de bijdrage Zorgverzekeringswet en afname afdrachtvermindering Loonheffing. De sociale lasten zijn ten opzichte van 2005 met € 2,1 miljoen gestegen.

De totale gemiddelde salariskosten (exclusief sociale lasten) zijn gestegen van € 35.558 in 2005 naar € 36.860 in 2006. De stijging van het bruto salaris met 3,7% is voor 0,9% verklaarbaar door anciënniteiteffecten en voor 1,75% door cao-stijging per 1 april 2006 (1,3% op jaarbasis).

De gemiddelde personeelsbezetting is gestegen van 4.118 in 2005 naar 4.163 in 2006. In november 2006 is een vacaturestop ingesteld voor personeel in loondienst.

De overige bedrijfskosten stijgen met € 9,7 miljoen. Uitgedrukt in een percentage van de omzet bedragen de overige bedrijfskosten 33,1% (2005 31,6 %). De toename van de overige bedrijfskosten heeft voor € 5 miljoen betrekking op patiëntgebonden kosten. Deels hangt deze stijging samen met meerproductie. Daarnaast waren met name de lasten voor geneesmiddelen hoger dan in 2005. De algemene kosten laten ten opzichte van 2005 een stijging zien van € 2,1 miljoen als gevolg van bestedingen in het kader van nieuw beleid en strategische doelen.

De financiële baten en lasten zijn in 2006 met € 1,1 miljoen gedaald in vergelijking tot 2005. Dit hangt samen met de positieve stand van de rekening courant

gedurende de tweede helft van 2006, veroorzaakt door een financieringsoverschot (ultimo 2007 € 147 miljoen). Hierdoor zijn minder rentekosten gemaakt en wordt ook een lagere rentevergoeding ontvangen.

Een aantal incidentele posten beïnvloedt het resultaat. Het onderstaande kader geeft een overzicht van het genormaliseerd resultaat (met bedragen in miljoenen euro's).

Het genormaliseerd resultaat 2005 bedroeg € 7 miljoen. Het lagere resultaat uit normale bedrijfsvoering ten opzichte van 2005 hangt samen met hogere personele lasten en hogere patiëntgebonden kosten.

Een aantal organisatieonderdelen heeft niet overeenkomstig de intern overeengekomen doelstellingen gepresteerd. Na analyse zijn interne doelstellingen bijgesteld en corrigerende maatregelen genomen.

Overzicht resultaat uit normale bedrijfsvoering		in miljoenen euro's
Voordeling exploitatieresultaat 2006		2,8
Af: incidentele voordelige beïnvloedingen		
Budgetcorrecties voorgaande jaren	0,8	
Extra leverancierskortingen en bonussen 2005	0,9	
Vrijval claim zorgverzekeraar	0,4	
Vrijval voorziening afkoopsommen	0,3	
		2,4
		0,4
Bij: nadelige beïnvloedingen		
Voorziening fiscale claims	1,4	
Overig	0,2	
		1,6
Resultaat uit normale bedrijfsuitoefening		2,0

de patiënt wordt
met empathie en
respect behandeld



5. Jaarrekening

5.1 GECONSOLIDEERDE BALANS PER 31 DECEMBER 2006

	31 december 2006	31 december 2005
Activa		
<i>Vaste activa</i>		
5.5.1 Immateriële vaste activa	1.523.057	1.597.268
5.5.2 Materiële vaste activa	146.777.520	122.871.167
5.5.3 Financiële vaste activa	212.284	240.322
	<u>148.512.861</u>	<u>124.708.758</u>
<i>Vlottende activa</i>		
5.5.4 Voorraden en onderhanden werk	6.479.513	4.100.124
5.5.5 Vorderingen en overlopende activa	88.817.283	67.004.114
5.5.6 Vorderingen uit hoofde van financierings-tekort		749.879
5.5.7 Liquide middelen	81.041.182	55.826
	<u>176.337.978</u>	<u>71.909.943</u>
Totaal activa	<u>324.850.839</u>	<u>196.618.700</u>
Passiva		
5.5.8 Eigen vermogen		
Kapitaal	91	91
Collectief gefinancierd gebonden vermogen	17.139.061	14.493.350
Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen	3.475.668	3.366.623
	<u>20.614.820</u>	<u>17.860.064</u>
5.5.9 Egalisatierekening afschrijvingen	476.721	1.314.449
5.5.10 Voorzieningen	2.923.846	2.813.842
5.5.11 Langlopende schulden	74.732.014	79.591.249
5.5.6 Schulden uit hoofde van financierings-overschot	147.252.454	
5.5.12 Kortlopende schulden	<u>78.850.984</u>	<u>95.039.096</u>
Totaal passiva	<u>324.850.839</u>	<u>196.618.700</u>

5.2 GECONSOLIDEERDE RESULTATENREKENING OVER 2006

	2006	2005
5.6.1 Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	291.219.612	288.476.299
5.6.2 Niet gebudgetteerde zorgprestaties	23.535.016	12.651.428
5.6.3 Overige bedrijfsopbrengsten	16.941.040	15.547.192
Som der bedrijfsopbrengsten	<u>331.695.668</u>	<u>316.674.919</u>
5.6.4 Personeelskosten	197.534.654	191.360.707
5.6.5 Afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa	17.516.888	16.515.566
5.6.6 Overige bedrijfskosten	109.920.731	100.171.323
Som der bedrijfslasten	<u>324.972.273</u>	<u>308.047.596</u>
Subtotaal	6.723.395	8.627.323
5.6.7 Financiële baten en lasten	<u>-3.968.639</u>	<u>-5.185.024</u>
Resultaat	<u>2.754.756</u>	<u>3.442.300</u>

5.3 GECONSOLIDEERD KASSTROOMOVERZICHT

	2006	2005
Kasstroom uit operationele activiteiten		
Exploitatie resultaat	A 2.754.756	3.442.300
Aanpassingen voor:		
- afschrijvingen	17.973.561	16.407.595
- mutaties bestemmingsreserves	-109.045	-81.311
- mutaties egalisereserves	-837.728	-160.629
- mutaties voorzieningen	110.004	2.296.184
	B <u>17.136.791</u>	<u>18.461.839</u>
Veranderingen werkkapitaal:		
- voorraden	2.379.389	-805.220
- vorderingen	21.813.169	-125.914
- nog in tarieven te verrekenen	-148.002.334	-5.447.993
schulden aan kredietinstellingen)	<u>-15.982.662</u>	<u>-1.119.415</u>
	C <u>-139.792.438</u>	<u>-7.498.543</u>
Totaal kasstroom uit operationele activiteiten	D=A+B-C 159.683.984	29.402.682
Kasstroom uit investeringsactiviteiten		
- investeringen in materiële vaste activa	41.852.855	19.034.648
- desinvesteringen materiële vaste activa	-20.800	
- investeringen in deelnemingen en/of samenwerkingsverbanden	40.113	
- mutatie leningen u/g	<u>-68.151</u>	<u>-211.387</u>
Totaal kasstroom uit investeringsactiviteiten	E <u>41.804.016</u>	<u>18.823.261</u>
Kasstroom uit financieringsactiviteiten		
Nieuw opgenomen leningen	26.656.225	9.000.000
Aflossingen langlopende leningen	-33.434.950	-11.971.583
Overige mutaties eigen vermogen	<u>109.045</u>	<u>81.311</u>
Totaal kasstroom uit financieringsactiviteiten	F <u>-6.669.680</u>	<u>-2.890.272</u>
Mutatie geldmiddelen (inclusief kortlopende schulden aan kredietinstellingen)	G=D-E+F <u>111.210.288</u>	<u>7.689.150</u>
Mutatie Liquide middelen	80.985.356	19.248
Af: Mutatie Schulden aan kredietinstellingen	30.224.932	7.669.902
	<u>111.210.288</u>	<u>7.689.150</u>

5.4 GRONDSLAGEN VAN WAARDERING EN RESULTAAT-BEPALING

5.4.1 Algemeen

Doel Stichting Holding Isala klinieken

Artikel 2 van de statuten:

De stichting heeft ten doel: het voeren van het bestuur over en/of deelnemen aan instellingen casu quo rechtspersonen van gezondheidszorg en instellingen casu quo rechtspersonen die gezondheidszorg (-organisatie) ondersteunende diensten leveren, een en ander in de ruimste zin van het woord, in het bijzonder onder meer:

- de stichting: Stichting Isala Klinieken, statutair gevestigd in de gemeente Zwolle; en
- de besloten vennootschap met beperkte aansprakelijkheid: Isala B.V., statutair gevestigd te Zwolle. De stichting heeft tevens ten doel: het (doen) ontwikkelen, beheren, instandhouden en het bewaken van de kwaliteit, welke verbonden is aan het merk 'Isala'.

Doel Stichting Isala klinieken

Artikel 2 van de statuten:

De stichting heeft ten doel: het onderzoek, de behandeling, de verpleging en de verzorging van zieken, gehandicapten en ouderen, zowel intra- als extramuraal, alsmede het verschaffen van huisvesting voor ouderen met bijbehorende voorzieningen, en voorts al hetgeen met het voorgaande verband houdt of daartoe bevorderlijk kan zijn, alles in de ruimste zin des woords.

Doel Isala B.V.

Artikel 2 van de statuten

De vennootschap heeft ten doel:

- het deelnemen in en het besturen van rechtspersonen waarmee de stichting: Stichting Holding Isala klinieken, statutair gevestigd te Zwolle, in een groep is verbonden;
- het verkrijgen, verwerven in genot, vervreemden, huren, verhuren, vervaardigen, administreren, finan-

cieren, beheren, exploiteren en bezwaren van goederen;

- het al dan niet tezamen met anderen deelnemen in en het besturen van andere rechtspersonen, instellingen en ondernemingen;
- het voorzien in de behoefte aan financieringsmiddelen van rechtspersonen waarmee de vennootschap in een groep is verbonden en van anderen;
- het verlenen van managementdiensten en het aangaan van managementovereenkomsten;
- het sluiten van overeenkomsten waarbij de vennootschap zich als borg of hoofdelijk medeschuldenaar verbindt, zich voor een derde sterk maakt of zich tot zekerheidstelling voor een schuld van een ander verbindt;
- het verrichten van alle andere daden op financieel, commercieel, economisch en administratief gebied;
- het verrichten van alle handelingen, welke in de ruimste zin verband kunnen houden met of bevorderlijk kunnen zijn voor een van de hiervoor omschreven doeleinden.

Groepsverhoudingen

Onder de groep - Stichting Holding Isala klinieken - vallen de volgende rechtspersonen:

Naam	zetel	belang
• Stichting Isala klinieken	Zwolle	zeggenschap
- Isala Vastgoed B.V.	Zwolle	100%
• Isala B.V.	Zwolle	100%
- Isala Onroerendgoed B.V.	Zwolle	100%
- Isala Business B.V.	Zwolle	100%
- Isala La Gourmande B.V.	Zwolle	100%

Grondslagen voor het opstellen van de jaarrekening

De jaarrekening is opgesteld in overeenstemming met de wettelijke bepalingen van Titel 9 Boek 2 BW (met uitzondering van afdeling 1, 11 en 12), de Regeling verslaggeving WTZi en de stellige uitspraken van de Richtlijnen voor de Jaarverslaggeving, uitgegeven door de Raad voor de Jaarverslaggeving.

Vergelijking met voorgaand jaar

De grondslagen van waardering en van resultaatsbepaling zijn ongewijzigd ten opzichte van voorgaand jaar met uitzondering van het volgende. Het LTC is per 2006 niet meer 100% geconsolideerd maar als deelneming tegen nettovermogenswaarde opgenomen. Vergelijkende cijfers zijn gecorrigeerd voor deze schattingswijziging.

De afgesloten DBC's met een openingsdatum van meer dan 1 jaar geleden (per balansdatum) zijn tot en met de jaarrekening 2005 100% voorzien. In 2006 blijkt het niet waarderen van afgesloten DBC's met een einddatum van meer dan 1 jaar geleden een meer reële inschatting te zijn. Voor de bepaling van de voorziening voor de afgesloten DBC's met een einddatum van minder dan 1 jaar geleden gold tot en met de jaarrekening 2005 de volgende staffel: tot 3 maand 20%, tot 6 maand 40%, tot 9 maand 60% en tot 12 maand 80%. In 2006 is de staffel gewijzigd in respectievelijk 3%, 5%, 8% en 10%. Het effect van de schattingswijzigingen is verwerkt in de resultatenrekening 2006. Dit is geraamd op € 0,3 miljoen voor het B segment.

Consolidatie

In de geconsolideerde jaarrekening zijn tevens opgenomen de stichtingen en vennootschappen die tot de groep behoren.

Grondslagen enkelvoudige jaarrekening

De grondslagen van waardering en van resultaatsbepaling voor de enkelvoudige jaarrekening zijn gelijk aan die van de geconsolideerde jaarrekening.

5.4.2 Grondslagen van waardering van activa en passiva

Activa en passiva

Indien geen specifieke waarderingsgrondslag is vermeld, vindt waardering plaats tegen de verkrijgingsprijs.

Immateriële en materiële vaste activa

De immateriële en materiële vaste activa worden gewaardeerd tegen verkrijgings- of vervaardigingsprijs onder aftrek van lineaire jaarlijkse afschrijvingen. WTZi-vergunningsplichtige vaste activa worden gewaardeerd tegen de laagste van de verkrijgings- of vervaardigingsprijs en het goedgekeurde investeringsbedrag.

Voor WTZi-vergunnings- en meldingsplichtige vaste activa en WTG-gefinancierde vaste activa waarvoor in de bekostigingssystematiek geen substitutievrijheid bestaat binnen het verkregen budget, is de afschrijvingsperiode gelijk aan de in de bekostigingssystematiek voorgeschreven afschrijvingstermijnen. Voordievaste activa waarvoor binnen de bekostigingssystematiek of de verkregen subsidie substitutievrijheid bestaat, zijn de afschrijvingstermijnen gebaseerd op de economische levensduur.

Financiële vaste activa

Deelnemingen in groepsmaatschappijen en overige deelnemingen waarin invloed van betekenis kan worden uitgeoefend worden gewaardeerd volgens de nettovermogenswaardemethode. Invloed van betekenis wordt in ieder geval verondersteld aanwezig te zijn bij het kunnen uitbrengen van 20% of meer van de stemrechten. De nettovermogenswaarde wordt berekend volgens de waarderingsgrondslagen van de desbetreffende deelneming.

Voorraden

De voorraden worden gewaardeerd tegen verkrijgingsprijs dan wel de lagere marktwaarde. De verkrijgingsprijs wordt voor de magazijnvoorraden bepaald op basis van de gemiddelde historische inkoopprijs en voor de overige voorraden op basis van de laatst bekende inkoopprijs.

Onderhanden werk DBC's

Het onderhanden werk heeft betrekking op openstaande DBC's (Diagnose Behandel Combinaties). Het

onderhanden werk wordt bepaald door de som van de uitgevoerde verrichtingen te waarderen tegen kostprijs voor zover deze niet hoger ligt dan het DBC-tarief voor het A-segment of de uiteindelijke verkoopprijs voor het B-segment. Zwevende verrichtingen worden op basis van het voorzichtigheidsbeginsel niet gewaardeerd, omdat er onzekerheid bestaat of er een bijpassende DBC is die tot een opbrengst leidt. Het onderhanden werk van specialisten niet in loondienst is bepaald in de verhouding van het ziekenhuisbudget en de lumpsum.

Voor de afgesloten en foutief gevalideerde DBC's is, op basis van de einddatum, een voorziening opgenomen afhankelijk van de ouderdom. Voor de openstaande DBC's is voorzichtigheidshalve een voorziening opgenomen van 4,5%. Daarnaast is rekening gehouden met een voorziening voor verlieslatende contracten in het B-segment.

Vorderingen

Vorderingen worden gewaardeerd tegen nominale waarde, rekening houdend met een voorziening wegens oninbaarheid.

Liquide middelen

Liquide middelen bestaan uit kas, banktegoeden en deposito's met een looptijd korter dan twaalf maanden. Rekening-courantschulden bij banken zijn opgenomen onder schulden aan krediet-instellingen onder kortlopende schulden.

Egalisatierekening afschrijving instandhoudingsinvesteringen

De toevoegingen en onttrekkingen aan de egalisatierekening afschrijving instandhoudingsinvesteringen zijn gebaseerd op de geldende richtlijnen van het NZA.

Voorzieningen

Voorzieningen worden gevormd voor in rechte afdwingbare of feitelijke verplichtingen die op de balansdatum bestaan waarbij het waarschijnlijk is dat

een uitstroom van middelen noodzakelijk is en waarvan de omvang op betrouwbare wijze is te schatten. De voorzieningen worden gewaardeerd tegen de beste schatting van de bedragen die noodzakelijk zijn om de verplichtingen per balansdatum af te wikkelen. De voorzieningen worden gewaardeerd tegen de nominale waarde van de uitgaven die naar verwachting noodzakelijk zijn om de verplichtingen af te wikkelen, met uitzondering van de voorziening jubileumuitkeringen (contante waarde).

Wanneer verplichtingen naar verwachting door een derde zullen worden vergoed, wordt deze vergoeding als een actief in de balans opgenomen indien het waarschijnlijk is dat deze vergoeding zal worden ontvangen bij de afwikkeling van de verplichting.

5.4.3 Grondslagen van resultaatbepaling

Algemeen

Het resultaat wordt bepaald door het verschil tussen de baten en lasten over het verslagjaar, met inachtneming van de hiervoor reeds vermelde waarderingsgrondslagen. De baten en lasten worden toegerekend aan de periode waarop deze betrekking hebben, uitgaande van historische kosten. Verliezen worden verantwoord als deze voorzienbaar zijn; baten worden verantwoord als deze gerealiseerd zijn.

Baten en lasten (waaronder nagekomen budgetaanpassingen) uit voorgaande jaren die in dit boekjaar zijn geconstateerd, worden aan dit boekjaar toegerekend.

Pensioen

Stichting Isala klinieken heeft voor haar werknemers een toegezegd-pensioenregeling. Medewerkers die hiervoor in aanmerking komen hebben op de pensioengerechtigde leeftijd recht op een pensioen dat afhankelijk is van leeftijd, salaris en dienstjaren. De regeling is ondergebracht bij het bedrijfstakpensioenfonds PGGM. Stichting Isala klinieken heeft geen verplichting tot het voldoen van aanvullende bijdra-

gen in geval van een tekort bij PGGM, anders dan het effect van hogere toekomstige premies. Stichting Isala klinieken heeft daarom de pensioenregeling verwerkt als een toegezegde-bijdrageregeling en heeft alleen de verschuldigde premies tot en met het einde van het boekjaar in de jaarrekening verantwoord.

5.4.4 Grondslagen van segmentering

In de jaarrekening wordt overeenkomstig de Richtlijn Zorginstellingen een segmentatie van de resultatenrekening gemaakt in de volgende segmenten: Ziekenhuis en Ouderenzorg.

5.5 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE BALANS PER 31 DECEMBER 2006

5.5.1 Immateriële vaste activa

	Aanloopkosten	Afkoop-, emissie-, leningskosten	Totaal
1 januari 2006			
Aanschafwaarde	2.837.311	131.140	2.968.451
Cumulatieve afschrijvingen	1.279.656	91.526	1.371.182
Boekwaarden	1.557.655	39.614	1.597.269
Mutaties			
Afschrijvingen	70.933	3.279	74.212
	70.933	3.279	74.212
31 december 2006			
Aanschafwaarde	2.837.311	131.140	2.968.451
Cumulatieve afschrijvingen	1.350.589	94.805	1.445.394
Boekwaarden	1.486.722	36.335	1.523.057
Afschrijvingspercentages	2,5	2,5	2,5

De aanloopkosten hebben voornamelijk betrekking op gemaakte kosten in 1988 voor aanloopkosten Bouwfase IV (€ 1,1 mln) en aanloopkosten Hartchirurgie (€ 1,3 mln).

In bijlage 7.1.1 is het gedetailleerd verloopoverzicht immateriële vaste activa, ingedeeld naar bekostigingsbron, opgenomen.

5.5.2 Materiële vaste activa

	Terreinen en gebouwen	Installaties	Inventarissen	Projecten in uitvoering	Inventaris uit lease	Totaal
1 januari 2006						
Aanschafwaarde	120.966.196	37.494.124	48.995.278	20.284.806	13.276.947	241.017.351
Cumulatieve afschrijvingen	65.725.629	23.992.634	25.018.203	3.349.310	60.399	118.146.175
Boekwaarden	55.240.567	13.501.490	23.977.075	16.935.496	13.216.548	122.871.176
Mutaties						
Investerings	3.944.579	524.912	8.587.472	44.682.158	-84.120	57.655.001
OHW Geactiveerd				-13.056.972	-2.771.536	-15.828.507
Desinvesteringen:						
- aanschafwaarde	312.551	190.154	2.304.334		60.399	2.867.437
- cumulatieve afschrijvingen	-312.551	-190.154	-2.283.534		-60.399	-2.846.637
Afschrijvingen	5.379.912	2.294.576	7.008.435	3.216.427		17.899.349
	-1.435.332	-1.769.664	1.558.237	28.408.760	-2.855.656	23.906.344
31 december 2006						
Aanschafwaarde	124.598.225	37.828.883	55.278.416	51.909.992	10.360.892	279.976.407
Cumulatieve afschrijvingen	70.792.990	26.097.056	29.743.104	6.565.737		133.198.887
Boekwaarden	53.805.235	11.731.827	25.535.312	45.344.256	10.360.892	146.777.520
Afschrijvingspercentages	0/2/2,5/5 10/20	5/6,67 10/20	10/20/33,3			

De toename van de vaste activa met € 23,9 mln (146,7 mln - 122,8 mln) ten opzichte van ultimo 2005 kan met name verklaard worden door de onderstaande posten:

Nieuwbouw projecten in uitvoering Ziekenhuis

Bestedingsgereedmaken stukken € 1,7 mln, parkeergarage € 0,3 mln, aankoop grond productiekeuken € 1,1 mln, aankoop grond Dr. Spanjaardweg € 8,7 mln, 1e bouwtranche € 4,0 mln en het marktconform maken van de gebouwen A t/m D € 1,8 mln.

Nieuwbouw projecten in uitvoering Ouderenzorg

Nieuwbouw van de Nieuwe Haven € 5,2 mln.

Ingebruikgenomen inventaris

In 2006 is voor 8,6 mln aan inventaris ingebruikgenomen, o.a. upgrade SAP € 0,3 mln, boor/zaagmachine OK € 0,2 mln, beademingsmachine tbv MRI € 0,1 mln, MOS Radiologie € 0,4 mln, echoapparatuur ten behoeve van perineonatalogie € 0,2 mln, renovatie ledikanten € 0,2 mln, portable OK's € 0,7 mln, gamma camera GE € 0,2 mln, OK units Drager € 0,2 mln, storage area network € 0,2 mln, telemetrieplaatsen C-3 € 0,2 mln en diverse kleine projecten € 5,7 mln.

Onderhanden projecten inventarissen

Ultimo 2006 is een bedrag van € 11,6 mln geïnvesteerd (uitgaven minus obligo) in onderhanden projecten inventarissen. De grootste projecten zijn RIS-PACS € 2,8 mln, modaliteiten € 2,1 mln, achiva en RF kooi (nieuwe MRI op Radiologie Sophia) € 1,9 mln, vervanging OOP-systeem € 0,6 mln, neonatale screening € 0,5 mln en diverse kleinere projecten € 3,7 mln.

Het herhuisvestingsplan

Dit voorziet in de concentratie en lateralisatie van nagenoeg alle medische functies over de twee locaties. In 2004 is besloten het herhuisvestingsplan in vijf jaar af te schrijven conform de begrote investeringen (€ 15 mln), zonder rekening te houden met het werkelijke investeringsvolume in enig jaar. Ultimo 2006 wordt verwacht dat de totale kosten zullen uitkomen op € 11,3 mln: ultimo 2006 is voor € 6,0 mln. geactiveerd; er zit nog € 5,3 mln in projecten in uitvoering (wat in 2007 geactiveerd zal gaan worden).

In bijlage 7.1.2 is het gedetailleerd verloopoverzicht materiële vaste activa, ingedeeld naar bekostigingsbron, opgenomen.

5.5.3 Financiële vaste activa

	Vorderingen samenwerkings- verbanden	Overige deelnemingen	Vorderingen op overige deelnemingen	Langlopende leningen	Overige effecten	Totaal
1 januari 2006		172.171		68.151		240.322
Mutaties						
Desinvesteringen				-68.151		-68.151
Dividend		-51.240				-51.240
Resultaat deelnemingen		91.353				91.353
		40.113		-68.151		-28.038
31 december 2006		212.284				212.284

Langlopende leningen

Het beginsaldo van de langlopende leningen betreft een verstrekte lening aan Zorgbeheer 2006 BV welke is afgelost in 2006.

Overige deelnemingen

Onder de overige deelnemingen is het Leefstijl Trainings Centrum N.V. te Dalfsen, waarin Stichting Isala klinieken een kapitaalsbelang van 25% heeft, verantwoord tegen nettovermogenswaarde. Het ontvangen dividend € 51.240 betreft het boekjaar 2004, het resultaat € 91.353 is verantwoord onder de financiële baten en lasten (5.6.7).

5.5.4 Voorraden en onderhanden werk

	2006	2005
Voorraden hotelfunctie	147.531	130.572
Voorraden kantoorbenodigdheden	157.008	123.935
Voorraden onderzoek et cetera	1.306.958	1.250.924
Voorraden terreinen en gebouwen	230	214
Voorraden instrumentarium	4.582	3.449
<i>Subtotaal magazijnvoorraden</i>	<i>1.616.308</i>	<i>1.509.096</i>
Voorraden op afdelingen	4.265.434	3.458.501
Vaste voorraden		39.635
Leenemballage	16.127	2.004
<i>Subtotaal voorraden op afdelingen</i>	<i>4.281.561</i>	<i>3.500.139</i>
Onderhanden Werk		
A-segment	46.432.199	51.105.033
B-segment	5.037.845	4.931.006
Voorziening A-segment	-3.358.074	-9.312.784
Voorziening B-segment	-588.319	-690.359
Permanente voorschotten	-46.942.007	-46.942.007
<i>Subtotaal onderhanden werk</i>	<i>581.644</i>	<i>-909.111</i>
Totaal	6.479.513	4.100.124

Voorraden

De omloopsnelheid van de magazijnvoorraden, gedefinieerd als de afgiftewaarde van de voorraad (omzet) gedeeld door de gemiddelde voorraadwaarde, is van 1,22 gemiddeld in 2005 gedaald naar 1,18 in 2006. De stijging van de voorraden op afdelingen van ca. € 800.000 wordt met name veroorzaakt door een toename van voorraden (€ 470.000) bij aptheek en op de OK's. Daarnaast zijn er in 2006 twee nieuwe voorraden opgenomen (€ 380.000), te weten chemicaliën en insulinepompen.

Onderhanden werk

Het onderhanden werk is met € 1,5 mln gestegen ten opzichte van 2005. De stijging wordt voornamelijk veroorzaakt door het onderhanden werk A-segment en de specialisten niet in loondienst.

De stijging van het onderhanden werk A-segment wordt veroorzaakt door een lagere voorziening in verband met de wijziging van de methodiek voor het bepalen van de voorziening. In 2006 blijkt het bepalen van de voorziening op afgesloten DBC's op basis van einddatum een meer reële inschatting te zijn dan op basis van openingsdatum. Tevens zijn door voortschrijdend inzicht de percentages voor de bepaling van de voorziening verlaagd. De stijging als gevolg van de lagere voorziening wordt deels opgeheven door een lagere bruto waarde van het onderhanden werk A-segment. De daling van de bruto waarde wordt met name veroorzaakt door minder openstaande en afgesloten DBC's en een daling van de gemiddelde prijs van afgesloten DBC's. Ondanks dat de mutatie van het onderhanden werk B-segment beperkt is, zijn er wel verschillen ten opzichte van 2005. Er zijn meer openstaande en afgesloten DBC's, maar de gemiddelde waardering is lager. Ook voor het B-segment heeft de gewijzigde methodiek voor het bepalen van de voorziening een stijgend effect op de waardering van het onderhanden werk B-segment. Door een hogere voorziening voor verlieslatende contracten wordt dit effect echter teniet gedaan. Het effect van de schattingswijzigingen is voor het B-segment geraamd op € 0,3 mln en is verwerkt in de resultatenrekening 2006.

5.5.5 Vorderingen en overlopende activa

	2006	2005
Vorderingen		
Debiteuren	87.682.647	69.184.562
Vaste voorschotten zorgverzekeraars	-1.120.380	-1.950.194
<i>Subtotaal</i>	<i>86.562.267</i>	<i>67.234.369</i>
Inkomende betalingen onderweg	-260	106
Voorziening dubieuze debiteuren	-2.934.163	-3.688.000
<i>Totaal debiteuren</i>	<i>83.627.844</i>	<i>63.546.474</i>
Vorderingen op maatschappen	1.358.529	37.497
Overige vorderingen	1.446.092	1.690.747
<i>Totaal vorderingen</i>	<i>86.432.466</i>	<i>65.274.719</i>
Overlopende activa		
Vooruitbetaalde bedragen	880.340	1.066.688
Nog te ontvangen bedragen	1.504.477	662.708
<i>Totaal overlopende activa</i>	<i>2.384.817</i>	<i>1.729.396</i>
Totaal	88.817.283	67.004.114

Debiteuren

De toename van het debiteurensaldo wordt verklaard door een hogere facturering, een hoger verrekenpercentage, opnieuw factureren oude posten en een hogere uitfacturering jaareinde. Ondanks een stijgend debiteurensaldo daalt de voorziening dubieuze debiteuren. Dit is het gevolg van acties in 2006 ten aanzien van ontwikkeling van oude posten, te weten: afwaarderen, alsnog incasseren en opnieuw factureren van posten.

Overlopende activa

Onder vooruitbetaalde kosten is o.a. de premie 2007 van MediRisk inzake aansprakelijkheidsverzekering opgenomen (€ 570.000).

Onder nog te ontvangen posten zijn o.a. de volgende bedragen opgenomen:

- bijdrage van Achmea inzake het project Rendementsverbetering Isala klinieken (€ 175.000)
- nog te factureren Revalidatie behandelingen (€ 190.000)
- nog te ontvangen bonus Nutrica (€ 168.000)
- nog te ontvangen bonus Medtronic (€ 276.000)

5.5.6 Financieringsresultaat

	Stand 1 januari	Mutaties	Stand 31 december
Normale bedrijfsvoering Ziekenhuis	-777.976	-145.646.860	-146.424.836
Normale bedrijfsvoering Ouderenzorg	431.650	-206.404	225.246
PAAZ	-205.769	241.359	35.590
Specialisten honorering	1.301.974	-2.390.430	-1.088.456
Totaal	749.879	-148.002.335	-147.252.456

5.5.6.1 Financieringsresultaat uit normale bedrijfsvoering Ziekenhuis

	2006	2005	2004	t/m 2003	Totaal
Stand per 1 januari		-10.548.005	2.915.177	6.854.852	-777.976
Resultaat boekjaar	-156.155.177				-156.155.177
Corr. voorgaande jaren		898.618	-56.855		841.763
Betalings/ontvangsten		9.666.558			9.666.558
Verrekende opbrengsten oude jaren	16.182.124	-6.412.099	-2.915.177	-6.854.852	-4
Totaal	-139.973.053	-6.394.928	-56.855		-146.424.836
Stadium van vaststelling	a	b	d	d	

a = interne berekening

b = ter ondertekening zorgverzekeraars

c = overeenstemming met zorgverzekeraars

d = definitieve vaststelling NZA

Specificatie financieringsresultaat in het boekjaar	2006	2005
Wettelijk budget aanvaardbare kosten	266.946.393	264.908.308
Vergoedingen ter dekking van het wettelijk budget:		
- vergoedingen DBC A-segment	393.454.856	220.951.505
- mutatie onderhanden werk DBC	573.600	35.321.528
- verpleeg- en verzorgingsgelden	51.665	-84.504
- dagbehandeling, deeltijdbehandeling en dagverpleging	15.420.618	6.745.599
- vergoedingen klinische en poliklinische verrichtingen	11.776.745	11.155.293
- andere vergoedingen	1.824.086	1.366.892
	423.101.570	275.456.313
Resultaat boekjaar	-156.155.177	
Verrekende opbrengsten oude jaren	16.182.124	
Financieringsoverschot/-tekort	-139.973.053	-10.548.005

Opslagpercentage

Met ingang van 2005 is overgegaan tot de invoering van de DBC-systematiek. Gefactureerd wordt in DBC's, verdeeld in A- en B-segment. Het A-segment behoort tot de vergoedingen ter dekking van het wettelijk budget. Het A-segment wordt gefactureerd tegen landelijke tarieven, verhoogd met een opslag-percentage. Dit opslagpercentage, door het NZA vastgesteld, bedroeg ultimo 2006 52,0%. In de vergoedingen is een terugbetaling verwerkt van € 734.780 als gevolg van een dossiercontrole over de jaren 2002-2004.

5.5.6.2 Financieringsresultaat uit normale bedrijfsvoering Ouderenzorg

	2006	2005	2004	t/m 2003	Totaal
Stand per 1 januari		138.615	291.776	1.259	431.650
Resultaat boekjaar	145.841				145.841
Corr. voorgaande jaren		-11.104	11.927	-1.259	-436
Betalingen/ontvangsten		-48.106	-303.703		-351.809
Totaal	145.841	79.405	0	0	225.246
Stadium van vaststelling	a	d	d	d	

a = interne berekening

b = ter ondertekening zorgverzekeraars

c = overeenstemming met zorgverzekeraars

d = definitieve vaststelling NZA

Specificatie financieringsresultaat in het boekjaar	2006	2005
Wettelijk budget aanvaardbare kosten	19.220.577	18.601.545
Vergoedingen ter dekking van het wettelijk budget:		
- andere vergoedingen	4.785	1.005
- ontvangen voorschotten (AWBZ instellingen)	19.069.951	18.461.925
	19.074.736	18.462.930
Financieringsoverschot/-tekort	145.841	138.615

5.5.6.3 Financieringsresultaat PAAZ

	2006	2005	2004	t/m 2003	Totaal
Stand per 1 januari		-181.181	-24.587	-1	-205.769
Resultaat boekjaar	245.381				245.381
Corr. voorgaande jaren		-4.022			-4.022
Totaal	245.381	-185.203	-24.587	-1	35.590
Stadium van vaststelling	a	d	d	d	

Specificatie financieringsresultaat PAAZ in het boekjaar	2006	2005
Wettelijk budget aanvaardbare kosten	5.052.642	4.966.446
Vergoedingen ter dekking van het wettelijk budget:		
- ontvangen voorschotten (AWBZ instellingen)	4.807.261	5.147.627
	4.807.261	5.147.627
Financieringsoverschot/-tekort	245.381	-181.181

5.5.6.4 Financieringsresultaat specialisten honorering

	2006	2005	2004	t/m 2003	Totaal
Stand per 1 januari		4.876.588	-1.436.176	-2.138.438	1.301.974
Resultaat boekjaar	-3.295.673				-3.295.673
Corr. voorgaande jaren		375.219	397.158	132.866	905.243
Verrekende opbrengsten oude jaren	-2.005.572			2.005.572	
Totaal	-5.301.245	5.251.807	-1.039.018	0	-1.088.456
Stadium van vaststelling	a	a	a	d	

Specificatie financieringsresultaat specialisten honorering	2006	2005
Wettelijk budget aanvaardbare kosten	53.549.175	51.045.183
Vergoedingen ter dekking van het wettelijk budget:		
- honoraria specialisten	44.314.572	27.875.874
- mutatie onderhanden werk DBC	708.276	6.470.721
- ontvangen voorschotten (conform CTG-beschikking)	11.822.000	11.822.000
	56.844.848	46.168.595
Resultaat boekjaar	-3.295.673	
Verrekende opbrengsten oude jaren	-2.005.572	
Financieringsoverschot/-tekort	-5.301.245	4.876.588

5.5.7 Liquide middelen

	2006	2005
Banken	80.998.463	
Kas	35.154	9.895
Kruisposten	7.565	45.931
Totaal	81.041.182	55.826

Liquide middelen

Ultimo 2005 bedraagt de totale rekeningcourantpositie € 30,2 mln schuld. Deze schuld wordt gepresenteerd aan de creditzijde van de balans (schulden aan kredietinstellingen). In de loop van 2006 loopt het financieringsoverschot in verband met een te hoog vastgesteld verrekenpercentage op. De ontvangsten in rekeningcourant nemen als gevolg hiervan vergeleken met voorgaande jaren toe. In juni-juli 2006 slaat de totale rekeningcourantpositie om van schuld naar vordering. Ultimo 2006 bedraagt de totale rekeningcourantpositie € 81,0 mln te vorderen. Deze positie wordt ultimo 2006 gepresenteerd aan de debetzijde van de balans (liquide middelen). Een deel van deze rekeningcourantpositie is in depot (deposito) gezet bij een van onze huisbankiers (€ 74,0 mln ultimo 2006) voor een hogere rente-vergoeding. Deze deposito's zijn opeisbaar op 3 januari 2007 (€ 14,0 mln), op 5 februari 2007 (€ 20,0 mln), op 5 maart 2007 (€ 20,0 mln) en op 5 april 2007 (€ 20,0 mln). De ontvangsten als gevolg van een te hoog vastgesteld verrekenpercentage (zie punt 5.5.6) zullen in de loop van 2007 terugbetaald dienen te worden.

5.5.8 Eigen vermogen

	Stand 1 januari	Dotaties	Onttrek- kingen	Stand 31 december
Kapitaal	91			91
Collectief gefinancierd gebonden vermogen	14.493.351	2.645.711		17.139.061
Niet collectief gefinancierd vrij vermogen	3.366.623	109.045		3.475.668
Totaal	17.860.065	2.754.756		20.614.820

Het eigen vermogen uitgedrukt in een percentage van de totale balans bedraagt ultimo 2006 6,3% (ultimo 2005 9,0%). De solvabiliteitsratio conform de systematiek van het Waarborgfonds voor de Zorg (WfZ) bedraagt 4,9% (ultimo 2005 5,0%).

Specificatie van het collectief gefinancierd gebonden vermogen	Stand 1 januari	Dotaties	Onttrek- kingen	Stand 31 december
Algemene reserve	707.227	-0		707.227
Reserve egal. afschr.kosten invent.	9.232.334	-152.830		9.079.504
Reserve strategische middelen	2.163.780	270.000		2.433.780
Reserve A.K. , gebonden	2.390.010	2.528.541		4.918.551
Totaal	14.493.351	2.645.711		17.139.061

De resultaatbestemming is conform 5.9.2 (Overige gegevens) verwerkt.

Specificatie van het niet collectief gefinancierd vrij vermogen	Stand 1 januari	Dotaties	Onttrekkingen	Stand 31 december
Reserve A.K. , vrij	3.366.623	109.045		3.475.668
Totaal	3.366.623	109.045		3.475.668

De dotatie Reserve AK heeft betrekking op een rentevergoeding van 3,239% (berekend over de beginstand).

Specificatie aansluiting geconsolideerd - enkelvoudig vermogen 31 december 2006 en resultaat over 2006		
De specificatie is als volgt:	Eigen vermogen	Resultaat
Enkelvoudig eigen vermogen en resultaat:	-	-
Bij: Stichting Isala klinieken	20.614.820	2.754.756
Totaal geconsolideerd eigen vermogen en resultaat	20.614.820	2.754.756

Stichting Holding Isala klinieken voert het bestuur over Stichting Isala klinieken en heeft daarmee een direct zeggenschapsbelang. Dit belang is niet in de enkelvoudige jaarrekening van Stichting Holding Isala klinieken verwerkt. Het enkelvoudige eigen vermogen per 31 december 2006 en het enkelvoudige exploitatiesaldo over 2006 van Stichting Holding Isala klinieken is nihil. Voor een nadere toelichting hierop wordt verwezen naar de enkelvoudige balans en de toelichting daarop.

De dotaties en onttrekkingen worden hier nader toegelicht.

Kapitaal

Het bij oprichting ingebrachte gebrachte kapitaal bedraagt € 91,-.

Collectief gefinancierd gebonden vermogen

Algemene reserve

Uit de pre-budgetteringsperiode resteert nog een algemene reserve groot € 707.227,-.

Reserve egalisatie afschrijvingskosten inventarissen

Deze reserve is gevormd ter egalisatie van de afschrijvingskosten van de inventarissen. De werkelijke afschrijvingskosten van de inventarissen worden gerelateerd aan de afschrijvingskosten zoals die zijn opgenomen in het budget voor aanvaardbare kosten.

De mutatie is als volgt totstandgekomen:

Stand per 1 januari 2006	9.232.334
Bij: vanuit winstbestemming	-152.830
Stand per 31 december 2006	9.079.504

Reserve strategische middelen

De reservering betreft de beoogde nieuwbouw locatie Sophia. Deze reservering heeft betrekking op reservering van middelen ten behoeve van financiering van parkeervoorzieningen.

De mutatie is als volgt totstandgekomen:

Stand per 1 januari 2006	2.163.780
Bij: vanuit winstbestemming	270.000
Stand per 31 december 2006	2.433.780

Reserve aanvaardbare kosten, gebonden**De mutatie is als volgt totstandgekomen:**

Stand per 1 januari 2006	2.390.010
Bij: vanuit winstbestemming	2.528.541
Stand per 31 december 2006	4.918.551

Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen

Reserve aanvaardbare kosten, vrij**De mutatie is als volgt totstandgekomen:**

Stand per 1 januari 2006	3.366.623
Bij: vanuit winstbestemming	109.045
Stand per 31 december 2006	3.475.668

5.5.9 Egalisatierekening afschrijvingen

	2006	2005
Stand per 1 januari 2006 / 2005	1.314.450	1.475.078
Bij: budget	2.487.702	2.492.250
Af: afschrijvingskosten instandhoudingsinvesteringen	-3.325.430	-2.652.879
Stand per 31 december 2006 / 2005	476.722	1.314.450

Instandhoudingsinvesteringen

De instandhoudingsinvesteringen zijn als volgt gespecificeerd:

- Rekenstaat nr. 7 van 19 februari 2007 locatie Ziekenhuizen
- Rekenstaat nr. 8 van 1 maart 2007 awbz-instelling sector V & V

Nog niet bestede investeringsruimte per 1 januari 2006	ZH	4.525.722	
	OZ	1.163.734	
			5.689.456
Correctie 2005	ZH	-1.261.210	
	OZ	-622.313	
			-1.883.523
Indexering niet bestede investeringsruimte	ZH	259.621	
	OZ	15.160	
			274.781
In verslagjaar toegekende investeringsruimte	ZH	1.823.742	
	OZ	177.219	
			2.000.961
In verslagjaar benutte investeringsruimte	ZH	1.027.400	
	OZ	306.955	
			1.334.355
Beschikbare investeringsruimte per 31 december 2006			4.747.320

Gemelde lopende investeringsprojecten leggen voor € 3,6 mln. beslag op de beschikbare investeringsruimte.

Trekkingsrechten

De opgebouwde trekkingsrechten zijn als volgt gespecificeerd:

- Rekenstaat nr. 7 van 19 februari 2007 locatie Ziekenhuizen
- Rekenstaat nr. 8 van 1 maart 2007 awbz-instelling sector V & V

Nog niet bestede investeringsruimte per 1 januari 2006	ZH	77.840.570	
	OZ	9.804.192	
			87.644.762
Correctie 2005	ZH	1.261.210	
			1.261.210
Indexering niet bestede investeringsruimte	ZH	2.672.002	
	OZ	274.517	
			2.946.519
In verslagjaar toegekende investeringsruimte	ZH	1.997.757	
	OZ		
			1.997.757
In verslagjaar benutte investeringsruimte	ZH		
	OZ		
Beschikbare investeringsruimte per 31 december 2006			93.850.248

5.5.10 Voorzieningen

	Stand 1 januari	Dotaties	Onttrek- kingen	Stand 31 december
Onderhoud	357.658			357.658
Afvoeiingsregelingen	152.000		124.000	28.000
Jubileumuitkeringen	1.466.474	147.074		1.613.548
Loondoorbetaling bij ziekte	837.710	86.930		924.640
Totaal	2.813.842	234.004	124.000	2.923.846

Onderhoud

Vanuit de onderhoudsvoorziening is € 136.000 bestemd voor renovatie van de kapel.

Afvoeiingsregelingen

Het kortlopende gedeelte van de voorziening afvoeiingsregelingen € 59.000 is opgenomen onder de kortlopende schulden. De dotatie aan de voorziening is gebaseerd op actualisatie van de inschattingen.

Jubileumuitkering

Deze voorziening is gevormd voor de verplichtingen welke de Isala klinieken hebben tegenover haar personeel uit hoofde van jubileumuitkeringen. De voorziening is berekend op basis van het aantal verstreken dienstjaren. Hierbij is rekening gehouden met een blijfkans van het personeel van 50%. De te verwachten cao-stijging en de contante waardefactor zijn aan elkaar gelijkgesteld. Het kortlopende gedeelte met als uitgangspunt de verplichtingen die vervallen binnen 5 jaar is gecijferd op € 712.000.

Loondoorbetaling bij ziekte

Deze voorziening is gevormd voor de verplichtingen welke Isala klinieken heeft tegenover personeelsleden die op balansdatum langer dan 6 maanden ziek zijn. De voorziening is berekend voor een loondoorbetalingstermijn van maximaal 24 maanden. Het eerste jaar wordt 100% van het salaris doorbetaald; voor het tweede jaar is dit 70% van het salaris. De kans dat een medewerker de volledige termijn van 24 maanden ziek blijft is gesteld op 50%. Aangezien de berekening gebaseerd is op een maximale doorbetalingstermijn van 24 maanden is deze voorziening als kortlopend te beschouwen.

5.5.11 Langlopende schulden

	2006	2005
Stand per 1 januari	79.591.249	83.269.975
Aflossingen komend boekjaar	-10.759.235	-12.678.726
Extra aflossingen boekjaar	-20.756.225	
Nieuwe leningen	26.656.225	9.000.000
Stand per 31 december	74.732.014	79.591.249

In 2006 is voor € 26,7 mln aan nieuwe langlopende leningen aangetrokken. De leningen zijn afgesloten bij de Rabobank en hebben voor € 20,8 mln betrekking op oversluitingen, voor € 2,9 mln op financiering aanschaf inventarissen voor de assemblagekeuken en voor € 3,0 mln op financiering aanschaf vastgoed assemblagekeuken via respectievelijk Isala La Gourmande BV en Isala Vastgoed BV. De nieuwe leningen hebben looptijden variërend tussen de 6 en 26 jaar met rentepercentages tussen de 4,30% en 4,71%. Voor het bedrag van de langlopende schulden met een resterende looptijd van meer dan een jaar en een resterende looptijd van meer dan vijf jaren wordt verwezen naar bijlage 7.2. Daar wordt tevens de rentevoet van leningen met een resterende looptijd van meer dan een jaar vermeld.

5.5.12 Kortlopende schulden en overlopende passiva

	2006	2005
Crediteuren	15.683.956	11.972.781
Schulden aan kredietinstellingen	-1.835	30.223.097
Belastingen en premies sociale verzekeringen	7.256.721	4.230.293
Schulden ter zake van pensioenen	2.345.645	2.264.587
BTW-verplichting	338.304	711.622
Betaalbaar gestelde rente	726.863	981.652
Korte-termijn deel langlopende verplichtingen	10.759.236	12.678.726
Overige kortlopende schulden	22.959.648	11.927.885
Overlopende passiva	18.782.447	20.022.102
- Waarvan AMS-regeling	60.603	168.729
- Waarvan Reorganisatie	1.108.449	1.678.546
- Waarvan Vakantieuren	4.814.215	4.288.561
- Waarvan ROAZ	1.778.357	
Totaal	78.850.984	95.012.745

Crediteuren:

Het saldo crediteuren ligt hoger dan ultimo 2005. Dit betreft met name kosten nieuwbouw ziekenhuis.

Belastingen en premies sociale verzekeringen:

Tot en met 2005 werden de premies voor sociale verzekeringen geïnd door het UWV. Ultimo 2005 bleek dat er te veel aan voorschotten was betaald. Vordering op het UWV bedroeg toen € 1,1 mln. Met ingang van 2006 worden de premies voor sociale verzekeringen maandelijks afgedragen aan de belastingdienst. Schuld ultimo 2006: € 1,9 mln.

Overige kortlopende schulden:

Onder overige kortlopende schulden 2006 is een bedrag opgenomen van € 16,8 mln inzake nog af te rekenen specialistenhonorering.

5.5.13 Niet uit de balans blijvende verplichtingen*Huur*

Vanaf 1996 worden inventarisgoederen geleased. Tot en met dit boekjaar is voor € 10,4 mln aan aanschafwaarde gehuurd. Een deel van het onroerend goed op locatie Weezenlanden, genoemd Transitorium, wordt gehuurd van de provincie Overijssel. De huurprijs per jaar bedraagt € 0,3 mln.

Het onroerend goed aan de Rhijnvis Feithlaan te Zwolle, waarin het microbiologisch en pathologisch laboratorium is gevestigd, wordt gehuurd van de Gemeente Zwolle. De huurprijs per jaar bedraagt € 0,1 mln.

Nieuwbouw

Met betrekking tot het verzorgingshuis, Nieuwe Haven, was de oorspronkelijke erkenning 194 plaatsen. Door afstoten van het oude klooster als intramurale capaciteit, is de erkenning nu 150 plaatsen. Met de ingebruikname van Werkeren zijn formeel 46 plaatsen verplaatst naar Stadshagen. De capaciteit op locatie Nieuwe Haven is daardoor 104 plaatsen geworden. Met de nieuwbouw op locatie Nieuwe Haven wordt de capaciteit omgezet naar 64 categorie licht en 40 categorie zwaar (huidige situatie per categorie: 24 licht, 40 midden en 40 zwaar). Voor de nieuwbouw van Nieuwe Haven is het bouwplan met bijbehorende investeringsbegroting goedgekeurd. Er is een financiering aangetrokken van € 14,2 mln.

Voor de voorgenomen nieuwbouw van het ziekenhuis staat er per ultimo 2006 een bedrag van € 6,7 mln aan aangegane verplichtingen.

Pemba

Voor kosten inzake de differentiële premie in de WAO, veroorzaakt door de instroom in het verleden mag een voorziening getroffen worden. Stichting Isala klinieken heeft ervoor gekozen deze post als niet uit de balans blijvende verplichting op te nemen. Als gevolg van de invoering van de Wet Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA) is de WAO beëindigd en zal geen nieuwe instroom meer plaatsvinden. De verplichtingen inzake Pemba zullen dus geleidelijk aflopen.

5.5.14 Niet in de balans opgenomen activa

Stichting Isala klinieken is overeengekomen dat een perceel grond met daarop aanwezige opstallen aan de Harm Smeengekade te Zwolle aan Stichting deltaWonen is verkocht voor een bedrag van € 1.371.398, prijspeil per 1 maart 2005. De koopsom wordt vanaf 1 maart 2005 tot de datum van juridische levering geïndexeerd. De levering zal plaatsvinden nadat het nieuw te bouwen verzorgingstehuis op het naastgelegen perceel gereed is en de bewoners zijn uitverhuisd naar dat nieuwe verzorgingstehuis, vier maanden na de bouwkundige oplevering van het voormelde nieuwe verzorgingstehuis. Het verwachte tijdstip van oplevering is mei 2007.

5.6 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE RESULTATENREKENING 2006

5.6.1 Budgetten

5.6.1.a Wettelijk budget aanvaardbare kosten Ziekenhuis

	2006	2005
Totaal wettelijk budget voor aanvaardbare kosten voorgaand jaar	269.254.049	270.185.689
Mutatie op grond van:		
Productieafspraken boekjaar	5.457.437	3.814.414
DBC B-segment overige loon- en materiële kosten	-1.647.790	-2.591.034
Korting obv differentiatie-indicator	-2.967.337	-2.730.594
Dure geneesmiddelen	1.308.608	565.025
	2.150.918	-942.189
Calculatieschema	976.385	-628.806
Overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling	33.571	-26.238
Prijsindexatie materiële kosten	13.560	3.531
	1.023.516	-651.513
Uitbreiding erkenning en toelating:		
loonkosten	1.531.431	1.679.051
	1.531.431	1.679.051
Beleidsmaatregelen overheid:		
zorgvernieuwing	183.153	-7.202
	183.153	-7.202
Nacalculeerbare kapitaalslasten:		
rente	-1.840.981	-1.019.500
afschrijvingen	-74.363	-93.492
overige	-65.002	49.720
	-1.980.346	-1.063.272
Overige mutaties	-163.686	674.190
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	271.999.035	269.874.754

5.6.1.b Wettelijk budget aanvaardbare kosten Ouderenzorg

	2006	2005
Totaal wettelijk budget voor aanvaardbare kosten voorgaand jaar	18.601.545	18.276.215
Mutatie op grond van:		
Productieafspraken boekjaar	396.350	315.185
	396.350	315.185
Calculatieschema:		
Overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling	100.755	-68.142
Prijsindexatie materiële kosten	64.389	14.554
	165.144	-53.588
Nacalculeerbare kapitaalslasten:		
rente	119.781	20.255
afschrijvingen	-345	1.105
overige	-2.206	-66.614
	117.230	-45.254
Overige mutaties	-59.692	108.987
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	19.220.577	18.601.545

5.6.2 Niet gebudgetteerde zorgprestaties

	2006	2005
Opbrengsten DBC B-segment	19.926.862	6.915.571
Mutatie onderhanden werk DBC B-segment	99.203	3.552.392
Zorgprestaties tussen instellingen (WDS)	3.455.480	2.123.300
Eigen bijdrage cliënten / bewoners	53.472	60.166
Totaal overige opbrengsten	23.535.016	12.651.429

Voor het B-segment is vrije marktwerking ingevoerd. Dit betekent dat ziekenhuizen vrij zijn in het maken van (prijs)afspraken omtrent deze productie met zorgverzekeraars. De opbrengst is 2,6 mln meer dan begroot. Een belangrijk deel van deze overschrijding komt voort uit 2005 en is gerealiseerd door een inhaalslag in de verwerking van de DBC's van het voorgaande jaar.

5.6.3 Overige opbrengsten

	2006	2005
Overige dienstverlening	2.404.569	2.282.532
Overige subsidies	714.135	459.519
Opbrengsten algemene en administratieve diensten	6.847.433	4.962.726
Opbrengsten andere diensten en verrichtingen	2.653.952	2.065.678
Opbrengsten patiëntgebonden functies	3.444.810	5.158.613
Opbrengsten technische en/of agrarische diensten	88.391	92.204
Correctie budget-afrekening over voorgaande jaren	787.750	525.929
Totaal overige opbrengsten	16.941.040	15.547.193

Het totaal van de overige opbrengsten is toegenomen met € 1,5 miljoen tot € 17,0 miljoen. Dit wordt hoofdzakelijk veroorzaakt door hogere doorberekende salariskosten en door hogere opbrengsten uit hoofde van verleende administratieve diensten aan onder andere maatschappen. Tevens zijn de doorberekende geneesmiddelen € 0,3 miljoen hoger dan in 2005.

Daarnaast heeft in 2006 de afrekening inzake ROAZ/WA plaatsgevonden. Sinds 2001 bestond een aantal geschilpunten aangaande de kostenverdeling tussen de medisch specialisten en de Isala klinieken. Partijen hebben in onderling overleg besloten een arbitrageprocedure in te stellen waartoe een arbitragecommissie is samengesteld. Deze commissie heeft in februari 2006 een uitspraak gedaan over de verdeling van de kosten over de jaren 2001 tot en met 2005. Deze verdeling is als volgt financieel verwerkt. Wijziging in de bekostigings-systeem arts-assistenten resulteerde in een te betalen bedrag aan de medisch specialisten ad € 2,6 miljoen waarvan € 1,7 miljoen in 2005 was voorzien; het restant ad € 0,9 miljoen is gecorrigeerd in de opbrengsten patiëntgebonden functies 2006. Verder is overeengekomen dat de beroepsaansprakelijkheidsverzekering met terugwerkende kracht tot 2001 doorberekend kan gaan worden. Dit resulteerde in een opbrengst van € 1,3 miljoen waarvan € 150.000 was voorzien in 2004 en 2005. Het restant ad € 1,1 miljoen is verwerkt in de opbrengsten algemene en administratieve diensten.

5.6.4 Personeelskosten

	2006	2005
Lonen en salarissen	153.261.274	150.682.849
Sociale lasten	18.864.935	16.789.953
Pensioenpremies	12.531.570	11.983.527
Andere personeelskosten	6.788.619	6.640.022
	191.446.398	186.096.350
Personeel niet in loondienst	6.088.256	5.264.357
Totaal personeelskosten	197.534.654	191.360.707

De post lonen en salarissen wordt negatief beïnvloed door mutaties op de voorzieningen vakantie-uren en dotaties op de voorziening jubileumuitkering en voorziening loondoorbetaling bij ziekte en gunstig beïnvloed door mutaties op de voorzieningen herplaatsbaren, AMS, mobiliteit en afvloeiingsregelingen en mutaties voorziening afkoopsommen. De sociale lasten worden in 2006 gunstig beïnvloed door lagere bijdrage ziektekostenverzekering en gedifferentieerde premie WAO. Daarnaast worden de sociale lasten nadelig beïnvloed door hogere werkgeverslasten, met name de bijdrage Zorgverzekeringswet en afname afdrachtsvermindering Loonheffing. De totale gemiddelde salariskosten (exclusief sociale lasten) zijn gestegen van € 35.558 in 2005 naar € 36.860 in 2006. De stijging van het bruto salaris met 3,70% is voor 0,9% verklaarbaar door anciënniteitseffecten en voor 1,75% door cao-stijging per 1 april 2006 (1,3% op jaarbasis).

Verdeling personeelsleden (in FTE)	2006	2005
Ziekenhuis	3.761	3.743
Ouderenzorg	402	375
Totaal gemiddeld aantal FTE's	4.163	4.118

Bezoldiging bestuurders en toezichthouders

Voor de bezoldiging van (gewezen) bestuurders en (gewezen) toezichthouders wordt verwezen naar bijlage 7.3.

Wet openbaarmaking uit publieke middelen gefinancierde topinkomens (Wopt)

Voor de bezoldiging van personeel vallend onder de Wopt wordt verwezen naar bijlage 7.5.

5.6.5 Afschrijvingen vaste activa

	2006	2005
Nacalculeerbare afschrijvingen	7.241.655	8.507.093
Overige afschrijvingen immateriële vaste activa	74.211	74.211
Overige afschrijvingen materiële vaste activa	10.756.630	7.826.290
Dotatie egalisatierekening afschrijvingen inventarissen	282.119	268.601
Instandhoudingsinvesteringen	-837.728	-160.629
Totaal afschrijvingen vaste activa	17.516.887	16.515.566

De post overige afschrijvingen materiële vaste activa is in 2006 3,1 mln hoger dan in 2005. Er zijn meer posten geactiveerd dan vorig jaar (inventaris onderhanden werk € 1,0 mln, automatiseringskosten € 1,0 mln). Daarnaast zijn er verhoogde afschrijvingskosten van meldingsplichtige vaste activa € 0,9 mln. Zie ook paragraaf 5.5.2.

5.6.6 Overige bedrijfskosten

	2006	2005
Voedingsmiddelen en hotelmatige kosten	10.939.774	9.966.490
Algemene kosten	14.991.141	12.895.984
Patiënt- en bewonersgebonden kosten	73.191.800	68.198.066
Onderhouds- en energiekosten	6.224.249	5.131.410
Huur en leasing	3.086.526	3.255.107
Dotaties voorzieningen	1.284.519	848.042
Overige bedrijfskosten	202.722	-123.776
Totaal overige bedrijfskosten	109.920.731	100.171.323

In de post voedingsmiddelen en hotelmatige kosten zijn de uitgaven voor ingrediënten en producten met € 0,2 mln gestegen ten opzichte van 2005. In de stijging zit zowel een prijs- als hoeveelheidscomponent. De kosten van dieetvoeding en dieetproducten zijn € 0,2 mln hoger, omdat in 2005 de bonussen van 2004 en 2005 volledig zijn verwerkt. De kosten voor schoonmaak (onder andere door toename productie) en afvalverwijdering (prijs- en hoeveelheidscomponent) zijn € 0,2 mln hoger. De kosten voor extern vervoer zijn in 2006 gestegen: de kosten voor ambulancevervoer zijn € 0,2 mln hoger. Daarnaast: uitbreiding ritten taxibussen personeel alsmede de inschakeling van fietskoeriers (tezamen: € 0,2 mln).

Binnen de algemene kosten zijn de uitgaven inzake software € 0,4 mln hoger. Onder de post overige algemene kosten is voor nieuw beleid en strategische gelden € 0,7 mln meer aangewend. Daarnaast is er een vrijval in kortlopende schulden (claim registratie) van € 0,3 mln verwerkt. In 2005 bedraagt de vrijval € 1,4 mln. De patiëntgebonden kosten overschrijden ten opzichte van 2005 met € 5,0 mln. Met name zijn er hogere uitgaven voor onderzoeksfuncties € 0,4 mln en kosten laboratorium € 0,3 mln. De post geneesmiddelen laat een stijging zien van € 2,5 mln waarvan € 0,5 mln gecompenseerd wordt in het budget voor dure geneesmiddelen. Ondanks hogere productie zijn de uitgaven in 2006 voor AICD's (€ 9,3 mln) nagenoeg gelijk gebleven aan 2005. Dit als gevolg van in 2006 verstrekte leverancierskortingen over 2005 en 2006. Voor AICD's is er in 2006 een voordelig resultaat van € 6,6 mln (2005: € 5,4 mln). Kosten (excl. vergoeding Locale Productiegebonden Toeslag (LPT)) voor stents zijn € 0,2 mln hoger dan in 2005. In 2006 is voor € 0,3 mln meer uitgegeven (excl. vergoeding LPT) voor aanschaf insulinepompen. Voor zowel stents als insulinepompen volgt er een LPT-vergoeding (€ 0,4 mln respectievelijk € 0,3 mln). In 2005 is er ook sprake van een LPT-vergoeding. Verder is er een stijging waar te nemen bij andere kosten voor behandeling € 0,3 mln, bij toedienings- en afnamesystemen € 0,4 mln en bij (onderhoud) instrumentarium en apparatuur € 0,4 mln.

De overschrijdingen binnen de patiëntgebonden kosten hangen gedeeltelijk samen met meerproductie. De overschrijding binnen de onderhouds- en energiekosten is het gevolg van een stijging in energiekosten van € 1,1 mln door het uitvallen van de warmtekrachtkoppeling (WKK) gedurende één maand (tegen hoog tarief energie inkopen), tariefsverhoging van elektra en gas en meer energieverbruik door projecten als RIS PACS en PET-CT.

5.6.7 Financiële baten en lasten

	2006	2005
Rentebaten	2.161.945	596.559
Resultaat deelnemingen	91.353	
Rentelasten	-6.221.938	-5.781.582
Totaal financiële baten en lasten	-3.968.640	-5.185.024

5.6.8 Splitsing resultatenrekening naar bedrijfssegmenten

	2006	2005
Ziekenhuis	4.877.771	3.403.296
Ouderenzorg	-2.123.015	39.004
Totaal resultatenrekening	2.754.756	3.442.300

Op de volgende pagina's zijn de resultaten van de bedrijfssegmenten opgenomen.

5.6.8.a Resultatenrekening Ziekenhuis

	2006	2005
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	271.999.035	269.874.754
Niet gebudgetteerde zorgprestaties	23.471.981	12.584.003
Overige bedrijfsopbrengsten	16.475.553	15.155.281
Som der bedrijfsopbrengsten	311.946.569	297.614.038
Personeelskosten	181.052.846	177.001.130
Afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa	16.754.025	15.757.473
Overige bedrijfskosten	105.452.881	96.363.149
Som der bedrijfslasten	303.259.752	289.121.752
Subtotaal	8.686.817	8.492.286
Financiële baten en lasten	-3.809.047	-5.088.990
Resultaat	4.877.771	3.403.296

5.6.8.b Resultatenrekening Ouderenzorg

	2006	2005
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	19.220.577	18.601.545
Niet gebudgetteerde zorgprestaties	63.035	67.425
Overige bedrijfsopbrengsten	465.487	391.911
Som der bedrijfsopbrengsten	19.749.099	19.060.881
Personeelskosten	16.481.809	14.359.577
Afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa	762.863	758.093
Overige bedrijfskosten	4.467.850	3.808.174
Som der bedrijfslasten	21.712.521	18.925.844
Subtotaal	-1.963.422	135.037
Financiële baten en lasten	-159.593	-96.033
Resultaat	-2.123.015	39.004

5.7 ENKELVOUDIGE BALANS PER 31 DECEMBER 2006

	31/12/2006	07/09/2006
Activa		
Vaste activa		
Financiële vaste activa	18.000	18.000
Totaal activa	18.000	18.000
Passiva		
Eigen vermogen	nihil	nihil
Kortlopende schulden	18.000	18.000
Totaal passiva	18.000	18.000

5.8 TOELICHTING OP DE ENKELVOUDIGE BALANS ULTIMO 2006

Op 7 september 2006 is de Stichting Holding Isala klinieken opgericht. Deze stichting heeft een financieel belang van 100% in Isala B.V. en voert het bestuur over Stichting Isala klinieken. Isala B.V. is op 11 december 2006 opgericht om de concernvorming verder vorm te geven. Isala B.V. heeft een financieel belang van 100% in Isala Business B.V. en in Isala Onroerend Goed B.V. In de genoemde vennootschappen

hebben in 2006 geen activiteiten plaatsgevonden. De enkelvoudige balans per 31 december 2006 van Stichting Holding Isala klinieken bestaat derhalve uitsluitend uit een financieel belang ad € 18.000 in Isala B.V. Er zijn geen noemenswaardige transacties die in de exploitatierekening over 2006 verwerkt zouden moeten worden. Derhalve is er geen enkelvoudige exploitatierekening opgenomen.

5.9 OVERIGE GEGEVENS

5.9.1 Vaststelling en goedkeuring jaarrekening

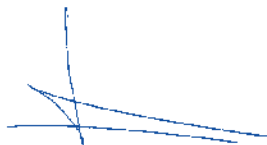
Vaststelling door de Raad van Bestuur
d.d. 9 mei 2007

Goedgekeurd door de Raad van Toezicht
d.d. 9 mei 2007

Mw. Drs. M. Sirt



Drs. A.H. Hilbers



De heer R. Thiems Groen



L.M.J. van Haaren



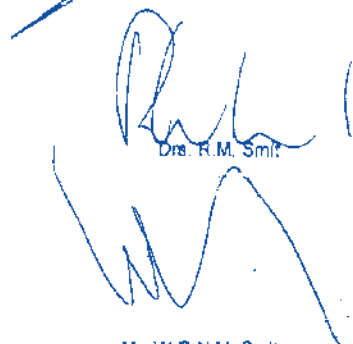
Prof. Dr. H. A. Broggink



Dr. N.S. Klazings



Dr. W. Smeets



Drs. R.M. Smit

Mr. W.G.N.M. Smit



Mw. Drs. J.J. Zandbergen-de Zeeuw

5.9.2 Resultaatbestemming

Resultaat Isala klinieken voor winstbestemming	€ 2.754.756
Resultaatbestemming:	
Ten gunste van Algemene reserve	€ -0
Ten gunste van Reserve egalisatie afschrijvingskosten inventarissen	€ -152.830
Ten gunste van Reserve aanvaardbare kosten, gebonden vermogen	€ 2.528.541
Ten gunste van Reserve strategische middelen	€ 270.000
Ten gunste van Reserve aanvaardbare kosten, vrij vermogen	€ 109.045
Totaal resultaatbestemming	€ 2.754.756

5.9.3 Gebeurtenissen na balansdatum

Gebeurtenissen na balansdatum

Eind maart 2007 heeft de Raad van Bestuur in overleg met het Bestuur van de Medische Staf het besluit genomen de voorgenomen nieuwbouw van de Isala klinieken uit te stellen. De belangrijkste redenen voor dit besluit zijn de veranderingen in de wet- en regelgeving, de ontwikkelingen in de bouwmarkt en de resultaatontwikkeling. De verwachte lasten van de geplande nieuwbouw zijn zodanig hoog, dat ze niet uit de huidige exploitatie kunnen worden gerealiseerd. De periode tot eind 2007 zal benut worden om beter inzicht te krijgen in de toekomstverwachtingen en de financiële consequenties van nieuwbouw en om via scenario-ontwikkeling na te gaan op welke wijze wel nieuwbouw te realiseren is.

De financiële consequenties van dit besluit zijn bij het opmaken van deze jaarrekening nog niet geheel duidelijk. Naast de per balansdatum geactiveerde voorbereidingskosten voor deze nieuwbouw ad € 17 miljoen, wordt er risico gelopen ten aanzien van leegstand, parkeervoorzieningen, reeds aangegane verplichtingen, het ontbreken van een gebruikersvergunning voor locatie Sophia en overige opstartkosten. Of en de mate waarin dit risico daadwerkelijk zal leiden tot een financiële last voor de Isala klinieken valt

op dit moment niet exact in te schatten. Zonder aanpassingen in de huidige structuren en contracten geeft een initiële berekening, daar waar dat mogelijk is, een kwantificeerbaar financieel verlies voor de jaren 2007 en 2008 van maximaal € 1,8 miljoen per jaar. De Isala klinieken zullen zich tot het uiterste inspannen om deze aanpassingen te realiseren teneinde het financiële verlies te beperken tot een minimum.

5.9.4 Accountantsverklaring



Aan de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur van
Stichting Holding Isala klinieken

PricewaterhouseCoopers
Accountants N.V.
Zuiderzeelaan 53
8017 JV Zwolle
Postbus 513
8000 AM Zwolle
Telefoon (038) 427 27 27
Fax (038) 427 27 28
www.pwc.com/nl

Accountantsverklaring

Verklaring betreffende de jaarrekening

Wij hebben de in dit rapport opgenomen jaarrekening 2006 van Stichting Holding Isala klinieken te Zwolle bestaande uit de geconsolideerde en enkelvoudige balans per 31 december 2006 en de geconsolideerde en enkelvoudige winst-en-verliesrekening over 2006 met de toelichting gecontroleerd.

Verantwoordelijkheid van het bestuur

Het bestuur van de stichting is verantwoordelijk voor het opmaken van de jaarrekening die het vermogen en het resultaat getrouw dient weer te geven, alsmede voor het opstellen van het jaarverslag, beide in overeenstemming met de Regeling Verslaggeving WTZI. Deze verantwoordelijkheid omvat onder meer: het ontwerpen, invoeren en in stand houden van een intern beheersingssysteem relevant voor het opmaken van en getrouw weergeven in de jaarrekening van vermogen en resultaat, zodanig dat deze geen afwijkingen van materieel belang als gevolg van fraude of fouten bevat, het kiezen en toepassen van aanvaardbare grondslagen voor financiële verslaggeving en het maken van schattingen die onder de gegeven omstandigheden redelijk zijn.

Verantwoordelijkheid van de accountant

Onze verantwoordelijkheid is het geven van een oordeel over de jaarrekening op basis van onze controle. Wij hebben onze controle verricht in overeenstemming met Nederlands recht. Dienovereenkomstig zijn wij verplicht te voldoen aan de voor ons geldende gedragsnormen en zijn wij gehouden onze controle zodanig te plannen en uit te voeren dat een redelijke mate van zekerheid wordt verkregen dat de jaarrekening geen afwijkingen van materieel belang bevat.

Een controle omvat het uitvoeren van werkzaamheden ter verkrijging van controle-informatie over de bedragen en de toelichtingen in de jaarrekening. De keuze van de uit te voeren werkzaamheden is afhankelijk van de professionele oordeelsvorming van de accountant, waaronder begrepen zijn beoordeling van de risico's van afwijkingen van materieel belang als gevolg van fraude of fouten.

PricewaterhouseCoopers is de handelsnaam van onder meer de volgende vennootschappen: PricewaterhouseCoopers Accountants N.V. (KvK 34180285), PricewaterhouseCoopers Belastingadviseurs N.V. (KvK 34180284), PricewaterhouseCoopers Advisory N.V. (KvK 34180287) en PricewaterhouseCoopers B.V. (KvK 34180289). Op diensten verleend door deze vennootschappen zijn Algemene Voorwaarden van toepassing, waarin onder meer aansprakelijkheidsvoorwaarden zijn opgenomen. Deze Algemene Voorwaarden zijn gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Amsterdam en ook in te zien op www.pwc.com/nl



In die beoordeling neemt de accountant in aanmerking het voor het opmaken van en getrouw weergeven in de jaarrekening van vermogen en resultaat relevante interne beheersingssysteem, teneinde een verantwoorde keuze te kunnen maken van de controlewerkzaamheden die onder de gegeven omstandigheden adequaat zijn maar die niet tot doel hebben een oordeel te geven over de effectiviteit van het interne beheersingssysteem van de stichting. Tevens omvat een controle onder meer een evaluatie van de aanvaardbaarheid van de toegepaste grondslagen voor financiële verslaggeving en van de redelijkheid van schattingen die het bestuur van de stichting heeft gemaakt, alsmede een evaluatie van het algehele beeld van de jaarrekening.

Wij zijn van mening dat de door ons verkregen controle-informatie voldoende en geschikt is als basis voor ons oordeel.

Oordeel

Naar ons oordeel geeft de jaarrekening een getrouw beeld van de grootte en de samenstelling van het vermogen van Stichting Holding Isala klinieken per 31 december 2006 en van het resultaat over 2006 in overeenstemming met de Regeling Verslaggeving WTZi.

Verklaring betreffende andere wettelijke voorschriften en/of voorschriften van regelgevende instanties

Op grond van de wettelijke verplichting ingevolge artikel 2:393 lid 5 onder e BW melden wij dat het jaarverslag, voor zover wij dat kunnen beoordelen, verenigbaar is met de jaarrekening zoals vereist in artikel 2:391 lid 4 BW.

Zwolle, 9 mei 2007

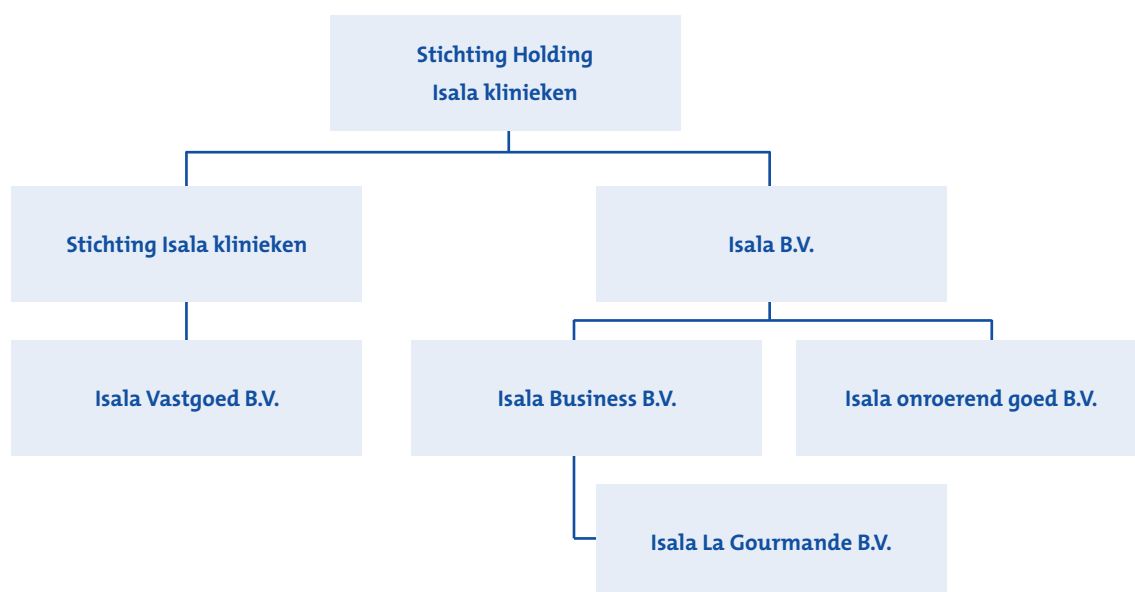
PricewaterhouseCoopers Accountants N.V.

G.H.M. Veger RA

6. Bijlagen

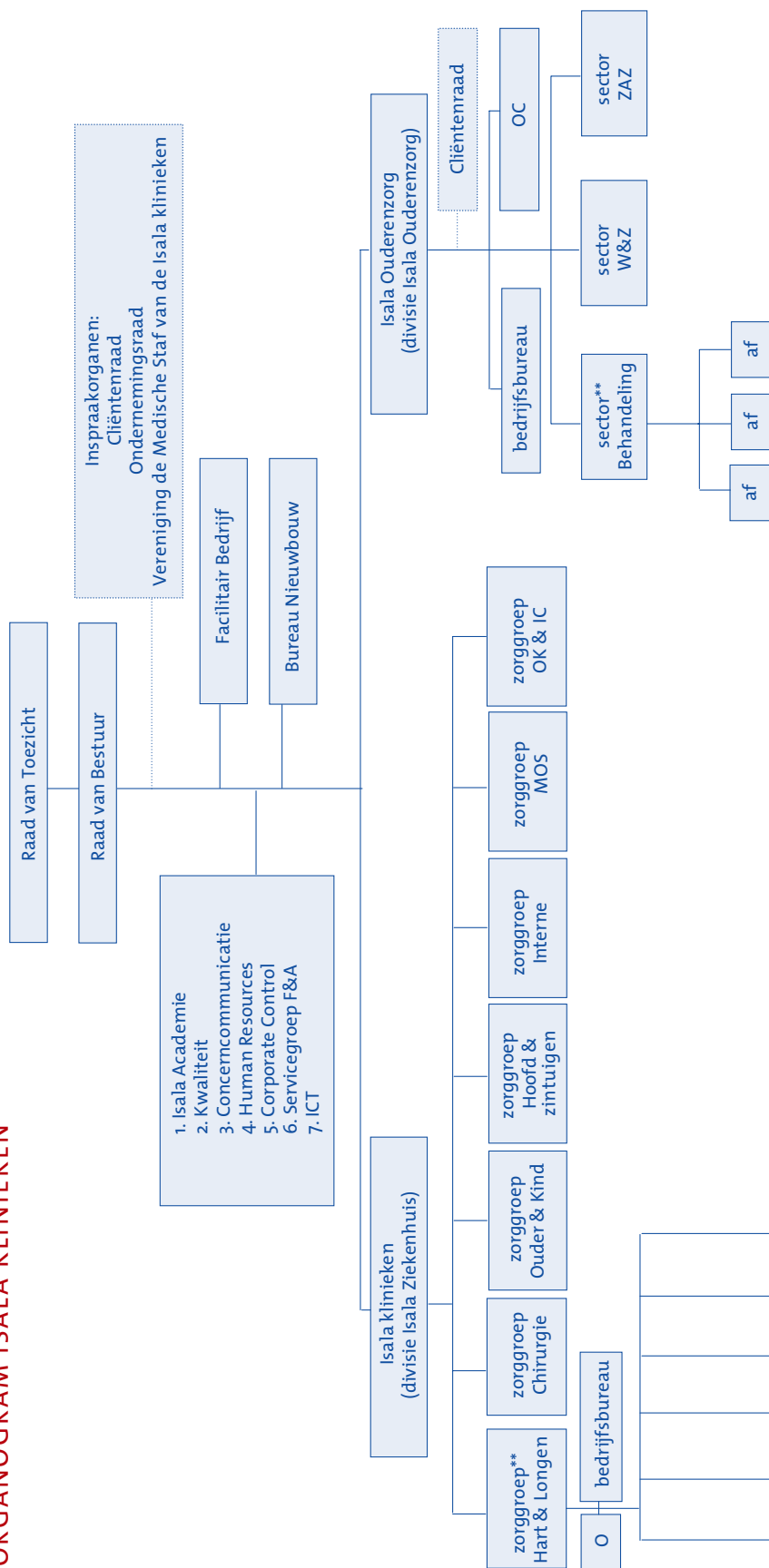
BIJLAGE 1

JURIDISCHE STRUCTUUR VAN DE ORGANISATIE



BIJLAGE 2

ORGANOGRAM ISALA KLINIEKEN



** deze indeling of een variant daarvan staat model voor de overige
zorggroepen / sectoren
ZT = zorgteams

W&Z : Wonen & Zorg
ZAZ : Ziekenhuis gerelateerde &
6 maart 2007

BIJLAGE 3

KERNGEGEVENS

Nadere typing medisch-specialistische instellingen	
Vraag	antwoord
Universitair Medisch Centrum	nee
Algemeen Ziekenhuis	ja
Revalidatiecentrum	nee
Dialysecentrum	ja
Brandwondencentrum	nee
Astmacentrum	nee
Abortuskliniek	nee
Epilepsiecentrum	nee
Integraal Kankerinstituut	nee
Radiotherapeutisch centrum	ja
Traumacentrum	ja
Sanatorium	nee
Militair Ziekenhuis	nee
Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC)	nee
ziekenhuiszorg > 365 dagen	ja
overig	nee

Bijzondere concernonderdelen	
Vraag	antwoord
audiologisch centrum	nee
ambulancedienst en/of CPA	nee
trombosedienst	ja
medisch laboratorium en/of huisartsenlaboratorium	ja
erfelijkheidscentrum	nee
apotheek	ja
huisartsenpost	nee
gezondheidscentrum	nee
kraamcentrum	nee
provinciale entadministratie	nee

Specialismen medisch-specialistische instellingen (per 31 december verslagjaar)	
Vraag	antwoord
Anesthesiologie	ja
Algemene heekunde	ja
Cardiochirurgie	ja
Cardiologie	ja
Dermatologie	ja
Gynaecologie	ja
Hematologie	ja
Interne geneeskunde	ja
Kaakchirurgie	ja
Keel-, Neus- en Oorheelkunde	ja
Kindergeneeskunde	ja
Klinische chemie	ja
Klinische genetica	nee
Klinische oncologie	ja
Klinische pathologie	ja
Maag-, darm, leverziekten	ja
Medische microbiologie	ja
Mondziekten	ja
Nefrologie	ja
Neurologie	ja
Neurochirurgie	ja
Nierziekten	ja
Nucleaire geneeskunde	ja
Oogheelkunde	ja
Orthopedie	ja
Plastische chirurgie	ja
Pulmonologie	ja
Psychiatrie	ja
Radiodiagnostiek	ja
Radiotherapie	ja
Reumatologie	ja
Revalidatie	ja
Thoraxchirurgie	ja

Urologie	ja
Vaatchirurgie	ja
Verloskunde	ja
overig	ja

AWBZ-functies geleverd door het concern

Vraag	antwoord
verpleging	ja

Overige AWBZ-prestaties geleverd door het concern

Vraag	antwoord
uitleen verpleegartikelen	nee
prenatale zorg	nee
advies, instructie en voorlichting	nee
voedingsvoorlichting	nee

Overige zorg geleverd door het concern

Vraag	antwoord
dieetadvisering	ja

Doelgroepen cliënten AWBZ-zorg

Vraag	antwoord
somatische aandoening of beperking	ja
psychogeriatrische aandoening of beperking	ja
psychiatrische aandoening	ja
lichamelijke handicap	ja
verstandelijke handicap	ja
zintuiglijke handicap of communicatieve stoornis	ja
psychosociale problemen	ja

Kerngegevens capaciteit, personeel en opbrengsten algemene en categorale ziekenhuizen, UMC's en ZBC's; exclusief revalidatiecentra en inclusief PAAZ en PACZ

Vraag	antwoord
gemiddeld aantal feitelijke deeltijdplaatsen op 31 december	8 deeltijdplaatsen
aantal feitelijk beschikbare bedden (klinische en dag-/deeltijdbehandeling) op 31 december	921 bedden
waarvan feitelijk beschikbare PAAZ- en PACZ-bedden	27 bedden
aantal personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten op 31 december	5971 personeel

aantal fte personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten op 31 december	3942 fte
aantal medische specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) op 31 december	268 personeel
aantal fte medische specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) op 31 december	244 fte
bedrijfsopbrengsten in verslagjaar: wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	331977 euro
bedrijfsopbrengsten in verslagjaar: overige bedrijfsopbrengsten	291660 euro
totaal bedrijfsopbrengsten in verslagjaar	623637 euro

Productiegegevens algemene en categorale ziekenhuizen, UMC's en ZBC's, voor zover van toepassing; exclusief revalidatiecentra

Vraag	antwoord
aantal in verslagjaar geopende DBC's	284692 DBC's
percentage verkeerde-bed-patiënten gemiddeld in verslagjaar	0.06%
aantal opnamen exclusief overnamen en dagverpleging in verslagjaar	41209 opnamen
waarvan opnamen in PAAZ en PACZ	38 opnamen
aantal ontslagen patiënten in verslagjaar	41862 patiënten
aantal eerste polikliniekbezoeken in verslagjaar	183202 polikliniek-bezoeken
waarvan eerste poliklinische contacten in PAAZ en PACZ	0 polikliniek-bezoeken
aantal overige polikliniekbezoeken in verslagjaar	273698 polikliniek-bezoeken
waarvan overige poliklinische contacten in PAAZ en PACZ	0 polikliniek-bezoeken
aantal dagverplegingsdagen (normaal en zwaar) of deeltijdbehandelingen in verslagjaar	31526 verpleegdagen
waarvan deeltijdbehandelingen in PAAZ en PACZ	1226 verpleegdagen
aantal klinische verpleegdagen in verslagjaar	270767 verpleegdagen
waarvan klinische verpleegdagen in PAAZ en PACZ	17149 verpleegdagen

Vergunningen op grond van artikel 2 Wet bijzondere medische verrichtingen op 31 december

Vraag	antwoord
niertransplantatie	nee
harttransplantatie	nee
longtransplantatie	nee
levertransplantatie	nee
pancreastransplantatie	nee
transplantatie van de dunne darm	nee
haematopoëtische stamceltransplantaties	nee

transplantatie van de eilandjes van Langerhans	nee
radiotherapie	ja
bijzondere neurochirurgie	ja
openhartoperatie (OHO)	ja
automatic implantable cardioverter defibrillator (AICD)	ja
ritmechirurgie	ja
percutane transluminale coronaire angioplastiek (PTCA)	ja
klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering	nee
in vitro fertilisatie (IVF)	ja
neonatale intensive care unit (NICU)	ja

Aanwijzingen op grond van artikel 8 Wet bijzondere medische verrichtingen op 31 december

Vraag	antwoord
pediatrische intensive care unit (PICU)	nee
hemofiliebehandeling	ja
traumazorg	ja
pijnrevalidatie en revalidatietechnologie	ja
HIV-behandelcentra (Humaan immunodeficiëntie virus)	ja
cochleaire implantaties	nee
uitnameteams orgaandonatie	nee

Zorgkantoorregio's

Vraag	antwoord
Groningen	nee
Friesland	nee
Drenthe	nee
Zwolle	ja
Twente	nee
Apeldoorn, Zutphen e.o.	nee
Midden IJssel	nee
Arnhem	nee
Nijmegen	nee
Utrecht	nee
Flevoland	nee
't Gooi	nee
Noord-Holland Noord	nee
Kennemerland	nee
Zaanstreek/Waterland	nee

Amsterdam	nee
Amstelland en De Meerlanden	nee
Zuid-Holland Noord	nee
Haaglanden	nee
Delft Westland Oostland	nee
Midden Holland	nee
Rotterdam	nee
Nieuwe Waterweg Noord	nee
Zuid-Hollandse eilanden	nee
Waardenland	nee
Zeeland	nee
West-Brabant	nee
Midden-Brabant	nee
Noordoost Brabant	nee
Zuidoost-Brabant	nee
Noord- en Midden-Limburg	nee
Zuid-Limburg	nee

Personeelsinformatie	in duizenden euro's
Vraag	antwoord
<i>Personeel patiënt- cq cliëntgebonden functies in loondienst</i>	
management en staf patiënt-/cliëntgebonden functies	6740 euro
management en staf patiënt-/cliëntgebonden functies	169 personen
management en staf patiënt-/cliëntgebonden functies	157.75 fte
personeel medische elektronica, revalidatietechniek en onderzoeksfuncties	14880 euro
personeel medische elektronica, revalidatietechniek en onderzoeksfuncties	604 personen
personeel medische elektronica, revalidatietechniek en onderzoeksfuncties	458.06 fte
personeel behandel- en behandelingsondersteuning	9442 euro
personeel behandel- en behandelingsondersteuning	397 personen
personeel behandel- en behandelingsondersteuning	298.5 fte
personeel psychosociale behandeling en begeleiding	1477 euro
personeel psychosociale behandeling en begeleiding	72 personen
personeel psychosociale behandeling en begeleiding	44.95 fte
verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel	57436 euro
verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel	2375 personen
verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel (6)	1658.87 fte
medisch en sociaal-wetenschappelijke functies	15034 euro
medisch en sociaal-wetenschappelijke functies	270 personen
medisch en sociaal-wetenschappelijke functies	239.98 fte
subtotaal	105009 euro
subtotaal	3887 personen
subtotaal	2858.11 fte

Leerling-verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel in loondienst	
verpleegkundigen en sociaal (ped)agogisch hulpverleners in opleiding (niveau 5)	258 euro
verpleegkundigen en sociaal (ped)agogisch hulpverleners in opleiding (niveau 5)	16 personen
verpleegkundigen en sociaal (ped)agogisch hulpverleners in opleiding (niveau 5)	12.5 fte
verpleegkundigen en sociaal (ped)agogisch hulpverleners in opleiding (niveau 4)	707 euro
verpleegkundigen en sociaal (ped)agogisch hulpverleners in opleiding (niveau 4)	24 personen
verpleegkundigen en sociaal (ped)agogisch hulpverleners in opleiding (niveau 4)	21.36 fte
verzorgenden (IG/AG) en sociaal(ped)agogisch hulpverleners in opleiding (niveau 3)	13 euro
verzorgenden (IG/AG) en sociaal(ped)agogisch hulpverleners in opleiding (niveau 3)	2 personen
verzorgenden (IG/AG) en sociaal(ped)agogisch hulpverleners in opleiding (niveau 3)	1.8 fte
overig leerling-verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal(ped)agogisch personeel in loondienst	867 euro
overig leerling-verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal(ped)agogisch personeel in loondienst	29 personen
overig leerling-verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal(ped)agogisch personeel in loondienst	28.44 fte
subtotaal	1845 euro
subtotaal	71 personen
subtotaal	64.1 fte
Management en ondersteunend personeel in loondienst	
personeel algemene en administratieve functies	21662 euro
personeel algemene en administratieve functies	1057 personen
personeel algemene en administratieve functies	748.71 fte
personeel hotelfuncties	12303 euro
personeel hotelfuncties	812 personen
personeel hotelfuncties	495.02 fte
personeel terrein- en gebouwgebonden functies	1713 euro
personeel terrein- en gebouwgebonden functies	53 personen
personeel terrein- en gebouwgebonden functies	50.94 fte
Subtotaal	35678 euro
Subtotaal	1922 personen
Subtotaal	1294.67 fte
Personeel niet in loondienst	
stagiaires verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal(ped)agogisch	41713 euro
stagiaires verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal(ped)agogisch	192 personen
overige stagiaires	41713 euro
overige stagiaires	150 personen
uitzendkrachten verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal(ped)agogisch	41813 euro

uitzendkrachten verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal(ped)agogisch	389 personen
overige uitzendkrachten	41812 euro
overige uitzendkrachten	186 personen
overig ingehuurd personeel	41825 euro
overig ingehuurd personeel	5514 personen
subtotaal	208876 euro
subtotaal	6431 personen
<i>Salarissen en kosten in verslagjaar, totaal personeel in loondienst en niet in loondienst</i>	
totaal personeel in loondienst en niet in loondienst	351408 euro
totaal personeel in loondienst en niet in loondienst	12311 personen
totaal personeel in loondienst en niet in loondienst	4216.88 fte
saldo positief	22940 euro

BIJLAGE 4

WET BIJZONDERE MEDISCHE VERRICHTINGEN

Bron(nen): Wet bijzondere medische verrichtingen

Actor: VWS, NFU, CBS, NVZ

Aggregatieniveau: traumacentrum

De tabellen gelden voor UMC's en ziekenhuizen met een traumacentrum.

Tabel: Inkomsten en kosten traumacentrum exclusief helicentrum

Inkomsten/kosten	Gegevens	Opmerkingen
Inkomsten verslagjaar	884.087	Subsidie VWS + bijdrage Collectieve Vereniging
Accountantsverklaring	Ja	
Aantal fte per 31 december verslagjaar	5,12	
Totale personeelskosten	198.187	
Huur (huisvestingskosten)	0	
Inrichting en roerende zaken	12.528	
Afschrijvingen	68.067	
Kosten netwerkfunctie	11.094	
Kosten kenniscentrumfunctie	1.161	
Kosten mobiel medisch team	64.109	Bijdrage voor anesthesie en MMT coördinatie opgenomen bij totale personele kosten
Opleiding en training MMT	-/- 5.119	Vergoedingen van GHOR regio's voor oefeningen
Overige personeelskosten*	413.681	
Kosten registratie traumacentrum totaal		Som van regionale en landelijke kosten; zie volgende regel
Kosten registratie traumacentrum landelijk		Landelijke kosten zijn opgenomen in de contributie LVTC
Kosten registratie traumacentrum regionaal	38.182	
Kosten lidmaatschap LVTC	94.000	Contributie 2005 en reservering contributie 2006
Kosten communicatie	2.035	Advieskosten
Overige kosten**	-/- 38.233	Inkomsten uit ZiROP activiteiten

*Toelichting overige personeelskosten: Bijdrage aan maatschappen Anesthesie, Neurologie, Neurochirurgie en Chirurgie voor activiteiten ten behoeve van traumacentrum

**Toelichting overige kosten: Expertise ZiROP regionaal en landelijk aangeboden vanuit functie kenniscentrum

Totaaloverzicht traumacentrum exclusief helicentrum

Inkomsten/kosten	Gegevens	Opmerkingen
Inkomsten verslagjaar	884.087	
Uitgaven verslagjaar	859.691	
Saldo positief/ negatief	24.395	Positief
Reserves		Geen

Beschikt het traumacentrum over een helicentrum?

nee

BIJLAGE 5

BELANGHEBBENDEN, ANDERS DAN ZORGGROEPEN EN AFDELINGEN

Aandachtsgebied voorzitter Raad van Bestuur, drs. L.L. Schoots

Interne contacten

Toezicht en Medezeggenschap (Raad van Toezicht, Stafbestuur, Ondernemingsraad en Cliëntenraad)

Externe contacten

Initiatief ondernemende ziekenhuizen

NVZ

Aandachtsgebied lid Raad van Bestuur, drs. A.H. Hilbers

Interne contacten

- Coöperatieve Vereniging Medisch Specialisten Isala
- Management

Externe contacten

LTC

Audiologisch Centrum

Dalfser Beraad

Ontmoetingsoverleg VWS

Zorgverzekeraars

Aandachtsgebied lid Raad van Bestuur, R. Thieme Groen

Interne contacten

klachtencommissie, adviescommissie Kwaliteit, MIP-commissie

commissie Zorgvernieuwing, METC, commissie Ethiek, arts-assistenten/opleidingsfonds,

co-assistentenonderwijs

Externe contacten

Inspectie

STZ-ledenvergadering

Dalfser Beraad

Commissie 1e / 2e lijn (huisartsen)

BIJLAGE 6

KWALITEIT VAN DE ORGANISATIE

Informatie	
Vraag	antwoord
naam/omschrijving instelling (1)	Isala klinieken
verleende zorg door instelling	Algemeen Ziekenhuis,
Kwaliteitscertificaten, -labels of accreditaties	
Vraag	antwoord
certificaat, label of accreditatie behaald	nee
Kwaliteitscertificaten, -labels of accreditaties	
er is een traject gestart om een kwaliteitscertificaat, -label of accreditatie te verkrijgen	ja
Kwaliteitscertificaten, -labels of accreditaties: indien nee, een traject is gestart	
naam beoogde certificaat, label of accreditatie	NIAZ
verwachte maand en jaar van uitreiking certificaat, label of accreditatie	september 2007
naam toetsende instantie	NIAZ
Waardering kwaliteit van zorg door patiënt/cliënt	
Vraag	antwoord
1. Heeft u over het verslagjaar een cliëntenraadpleging uitgevoerd waarin is gevraagd naar de waardering van de kwaliteit van zorg?	ja
2. Hanteert u of uw sector een norm voor het oordeel van cliënten over de kwaliteit van zorg?	ja
Waardering kwaliteit van zorg door patiënt/cliënt	
Vraag	antwoord
gebruikte meetmethode	patiëntenenquête
Waardering kwaliteit van zorg door patiënt/cliënt	
Vraag	antwoord
omschrijving van de gehanteerde norm	75% van de patiënten moet duidelijk of zeer tevreden zijn over de zorg.
Waardering kwaliteit van zorg door patiënt/cliënt	
Vraag	antwoord
uitkomst van de cliëntenraadpleging o.b.v. normering sector	8

Waardering kwaliteit van zorg door patiënt/cliënt

Vraag	antwoord
Heeft u de uitkomsten van de cliëntenraadpleging voorgelegd aan de cliëntenraad?	ja

Waardering kwaliteit van zorg door medewerker

Vraag	antwoord
1. Heeft u over het verslagjaar een medewerkerraadpleging uitgevoerd waarin is gevraagd naar de waardering van de kwaliteit van zorg?	nee
2. Hanteert u of uw sector een norm voor het oordeel van medewerkers over de kwaliteit van zorg?	nee
Waardering kwaliteit van zorg door medewerker: indien ja bij 1	
Over welk jaar heeft de laatste medewerkerraadpleging plaatsgevonden?	2005

Klachten in het verslagjaar

Vraag	antwoord
aantal klachten ingediend bij de klachtencommissie	41 klachten
aantal door de klachtencommissie in behandeling genomen klachten	32 klachten
aantal klachten waarover de klachtencommissie advies heeft uitgebracht	7 klachten

Waardering kwaliteit van het werk door de medewerker

Vraag	antwoord
1. Heeft u over het verslagjaar een medewerkerraadpleging uitgevoerd waarin is gevraagd naar de waardering van de kwaliteit van het werk?	nee
2. Hanteert u of uw sector een norm voor het oordeel van medewerkers over de kwaliteit van het werk?	nee

Waardering kwaliteit van het werk door de medewerker: indien ja bij 1

Over welk jaar heeft de laatste medewerkerraadpleging plaatsgevonden	2005
--	------

BIJLAGE 7

GEGEVENS JAARREKENING

7.1.1 Verloopoverzicht immateriële vaste activa

	WZV/WTG vergunningsplichtige vaste activa			Totaal immateriële vaste activa
	Aanloopkosten	Emissie- en leningskosten	Subtotaal	
Afschrijvingspercentage	2,5%	2,5%		
Stand per 1 januari 2006				
Aanschafwaarde	2.837.311	131.140	2.968.451	2.968.451
Cumulatieve afschrijvingen	1.279.657	91.526	1.371.183	1.371.183
Boekwaarde	1.557.654	39.614	1.597.268	1.597.269
Mutaties boekjaar				
Investerings	–	–	–	–
Afschrijvingen	70.933	3.279	74.211	74.211
Stand per 31 december 2006				
Aanschafwaarde	2.837.311	131.140	2.968.451	2.968.451
Cumulatieve afschrijvingen	1.350.589	94.804	1.445.394	1.445.394
Boekwaarde	1.486.722	36.336	1.523.057	1.523.057

7.1.2 Verloopoverzicht materiële vaste activa

	WZV vergunningsplichtige vaste activa					WZV meldingsplichtige vaste activa			
	Terreinen	Gebouwen	Installaties	Onderhanden projecten	Subtotaal	Instandhouding	Onderhanden projecten	Instandhouding tlv. trekkingsrechten	Subtotaal
Afschrijvingspercentage									
Stand per 1 januari 2006									
Aanschafwaarde	7.762.941	92.224.006	25.751.787	11.232.098	136.970.832	13.924.653	3.589.541	11.732.133	29.246.327
Cumulatieve afschrijvingen	770.663	54.450.242	18.393.281	-	73.614.186	7.247.486	3.349.310	5.905.601	16.502.397
Boekwaarde	6.992.279	37.773.764	7.358.505	11.232.098	63.356.646	6.677.167	240.231	5.826.532	12.743.930
Mutaties boekjaar									
Investerings	54.119	-	-	10.501.409	10.555.528	3.974.189	2.762.127	-1.261.210	5.475.105
Afschrijvingen	101.373	2.371.672	1.267.682		3.740.727	1.826.372	-1.426.966	1.047.092	1.446.498
OHW geactiveerd							-2.746.174		-2.746.174
Desinvesteringen									
Aanschafwaarde	56.987	9.338	53.729	-	120.053	382.651	-	-	382.651
Afschrijvingen	56.987	9.338	53.729	-	120.053	382.651	-	-	382.651
Stand per 31 december 2006									
Aanschafwaarde	7.760.073	92.214.669	25.698.058	21.733.507	147.406.306	17.516.191	3.605.495	10.470.923	31.592.608
Cumulatieve afschrijvingen	815.049	56.812.577	19.607.235		77.234.860	8.691.206	1.922.344	6.952.693	17.566.243
Boekwaarde	6.945.025	35.402.092	6.090.824	21.733.507	70.171.447	8.824.985	1.683.151	3.518.229	14.026.365

7.1.2 Verloopoverzicht materiële vaste activa (vervolg)

	WTG gefinancierde vaste activa				Niet WZV/WTG gefinancierde vaste activa					Totaal materiële vaste activa
	Inventaris	Inventaris uit lease en cons.	Onderhanden projecten	Subtotaal	Gebouwen	Installaties	Inventaris	Onderhanden projecten	Subtotaal	
Afschrijvingspercentage										
Stand per 1 januari 2006										
Aanschafwaarde	44.011.722	13.276.947	1.627.049	58.915.718	2.590.210	4.474.591	4.983.556	3.836.118	15.884.475	241.017.352
Cumulatieve afschrijvingen	23.518.062	60.399		23.578.461	853.646	2.097.344	1.500.141		4.451.132	118.146.176
Boekwaarde	20.493.660	13.216.548	1.627.049	35.337.257	1.736.564	2.377.246	3.483.415	3.836.118	11.433.343	122.871.176
Mutaties boekjaar										
Investerings	11.891.643	-84.120	19.466.449	31.273.972	1.702.393		-3.304.172	11.952.173	10.350.394	57.655.000
Afschrijvingen	7.677.294		1.961.025	9.638.319	836.567	223.730	-668.859	2.682.368	3.073.805	17.899.349
OHW geactiveerd		-2.771.536	-10.844.093	-13.615.629				533.295	533.295	-15.828.507
Desinvesteringen										
Aanschafwaarde	2.304.334	60.399		2.364.733						2.867.437
Afschrijvingen	2.283.534	60.399		2.343.933						2.846.637
Stand per 31 december 2006										
Aanschafwaarde	53.599.032	10.360.892	10.249.405	74.209.329	4.292.603	4.474.591	1.679.384	16.321.586	26.768.164	279.976.407
Cumulatieve afschrijvingen	28.911.822		1.961.025	30.872.847	1.690.213	2.321.074	831.282	2.682.368	7.524.937	133.198.887
Boekwaarde	24.687.219	10.360.892	8.288.380	43.336.482	2.602.390	2.153.517	848.102	13.639.218	19.243.227	146.777.520

Bijlage 7.2

Overzicht van langlopende schulden ultimo jaar 2006

Lening	Jaar	Soort lening	Oorspronkelijk bedrag	Looptijd	Restschuld 31-Dec	Reste-rende looptijd	Restschuld over 5 jaar	Rente %	
BNG	1989	onderhands	6.579.813	20	2.500.329	3	1.796.970	5,60%	
BNG	1989	onderhands	4.991.582	20	2.820.244	3	2.445.875	7,10%	
BNG	2002	onderhands	5.585.127	24	4.654.274	20	3.490.704	4,68%	
BNG	2002	onderhands	5.672.253	25	4.764.693	21	3.630.242	4,62%	
NWB	1999	onderhands	2.280.245	30	1.748.188	23	1.368.147	4,31%	
BNG	2001	onderhands	1.919.679	14	1.234.079	9	548.480	5,14%	
BNG	1985	onderhands	1.542.853	30	462.888	9	205.753	6,18%	
BNG	1985	onderhands	2.359.657	30	707.929	9	314.660	6,18%	
Gem Zwolle	1987	hypothecair	18.151.209	25	4.356.290	6	726.049	5,90%	
ABN-AMRO	1998	onderhands	4.084.022	40	3.267.218	32	2.756.715	6,40%	
ABN-AMRO	1998	onderhands	1.134.451	20	680.670	12	397.058	6,27%	
ABN-AMRO	1998	onderhands	2.268.901	10	453.780	2	0-	6,18%	
Rabo	1996	onderhands	9.075.604	10	-	0	-	5,78%	
Achmea	1995	onderhands	1.512.450	22	-	0	-	7,90%	
BNG	2001	onderhands	11.616.773	8	4.356.290	3	0-	4,95%	
BNG	2001	onderhands	12.478.955	9	5.546.202	4	0-	5,05%	
BNG	2001	onderhands	18.151.208	10	9.075.604	5	-	5,15%	
BNG	2001	onderhands	5.059.649	5	-	0	-	4,55%	
Gem Zwolle	1994	onderhands	1.813.306	15	362.661	3	-	4,35%	
BNG	2003	onderhands	4.254.190	25	3.743.687	22	2.892.849	4,33%	
BNG	2004	onderhands	21.500.000	10	-	0	-	3,13%	
BNG	2004	onderhands	2.800.000	10	-	0	-	3,13%	
BNG	2004	onderhands	700.000	10	-	0	-	3,13%	
Rabo	2005	onderhands	9.000.000	10	8.100.000	9	3.600.000	3,73%	
Rabo	2006	onderhands	756.225	11	756.225	11	412.485	4,47%	
Rabo	2006	onderhands	17.200.000	8	17.200.000	8	6.450.000	4,30%	
Rabo	2006	onderhands	2.240.000	8	2.240.000	8	840.000	4,30%	
Rabo	2006	onderhands	560.000	8	560.000	8	210.000	4,30%	
Rabo	2006	onderhands	3.000.000	26	3.000.000	26	2.520.000	4,71%	
Rabo	2006	onderhands	2.300.000	11	2.300.000	11	1.380.000	4,52%	
Rabo	2006	onderhands	600.000	6	600.000	6	120.000	4,31%	
			181.188.151		85.491.250		36.105.987		

	Aflossings- wijze	Gestelde zekerheid	Aflossingsbedrag	
			2006	2007
	Gelijken/Lineair	neg.pledge+pari passu verkl.	281.344	281.344
	Gelijken/Lineair	neg.pledge+pari passu verkl.	149.748	149.748
	Gelijken/Lineair	borgstelling staat	232.714	232.714
	Gelijken/Lineair	borgstelling staat	226.890	226.890
	Gelijken/Lineair	borgstelling staat	76.008	76.008
	Gelijken/Lineair	1e hyp. op onr.goed loc Sophia (borgstelling gem Zwolle)	137.120	137.120
	Gelijken/Lineair	1e hyp. op onr.goed loc Sophia (borgstelling gem Zwolle)	51.427	51.427
	Gelijken/Lineair	1e hyp. op onr.goed loc Sophia (borgstelling gem Zwolle)	78.654	78.654
	Gelijken/Lineair	1e hyp. op onr.goed loc Sophia (borgstelling gem Zwolle)	726.048	726.048
	Gelijken/Lineair	neg.pledge	102.101	102.101
	Gelijken/Lineair	neg.pledge	56.723	56.723
	Gelijken/Lineair	neg.pledge	226.890	226.890
	Gelijken/Lineair	neg.pledge+pari passu verkl.+stil pandrecht inv./install/vord.	907.560	-
	Gelijken/Lineair	neg.pledge	68.748	-
	Gelijken/Lineair	neg.pledge	1.452.096	1.452.096
	Gelijken/Lineair	neg.pledge	1.386.550	1.386.550
	Gelijken/Lineair	neg.pledge	1.815.121	1.815.121
	Gelijken/Lineair	neg.pledge	1.011.930	-
	Gelijken/Lineair	neg.pledge+pos.hyp.verkl. op onr.goed Nieuwe Haven	120.887	120.887
	Gelijken/Lineair	borgstelling Staat der Nederlanden	170.168	170.168
	Gelijken/Lineair	positieve/negatieve hypotheekverklaring	2.150.000	-
	Gelijken/Lineair	positieve/negatieve hypotheekverklaring	280.000	-
	Gelijken/Lineair	positieve/negatieve hypotheekverklaring	70.000	-
	Gelijken/Lineair	positieve/negatieve hypotheekverklaring + parri passu	900.000	900.000
	Gelijken/Lineair	neg.pledge+pari passu + cross default + material-adverse-change-clause	-	68.748
	Gelijken/Lineair	neg.pledge+pari passu + cross default + material-adverse-change-clause	-	2.150.000
	Gelijken/Lineair	neg.pledge+pari passu + cross default + material-adverse-change-clause	-	280.000
	Gelijken/Lineair	neg.pledge+pari passu + cross default + material-adverse-change-clause	-	70.000
	Gelijken/Lineair	neg.pledge+pari passu + cross default + hoofdelijke aansprakelijkheid + no-change-of-ownership	-	-
	Gelijken/Lineair	neg.pledge+pari passu + cross default + hoofdelijke aansprakelijkheid + no-change-of-ownership	-	-
	Gelijken/Lineair	neg.pledge+pari passu + cross default + hoofdelijke aansprakelijkheid + no-change-of-ownership	-	-
			12.678.726	10.759.236

Bijlage 7-3 Tabel verantwoording bezoldiging bestuurders en gewezen bestuurders 2006

		drs. L.L. Schoots, voorzitter		dr. R.A. Thieme Groen lid		drs. A.H. Hilbers lid	
1	Naam	2006	2005	2006	2005	2006	2005
2	Aard bestuurder	S	S	S		S	S
3	Periode in dienst	01-01-2006 t/m 31-12-2006	01-01-2005 t/m 31-12-2005	01-01-2006 t/m 31-12-2006	n.v.t	01-01-2006 t/m 31-12-2006	01-01-2005 t/m 31-12-2005
4	Voorzitter (J=ja, N=nee)	J	J	N	n.v.t	N	N
5	Periode in dienst als voorzitter	01-01-2006 t/m 31-12-2006	01-01-2005 t/m 31-12-2005	n.v.t	n.v.t	n.v.t	n.v.t
6	Beëindiging dienstverband ultimo verslagjaar (J=ja, N=nee)	N	N	N	n.v.t	N	N
7	Afspraken werktijden (J=ja, N=nee)	N	N	N	n.v.t	N	N
8	Deeltijdfactor (percentage)	100%	100%	100%	n.v.t	100%	100%
9	Brutosalaris	288.600	287.950	203.549	0	203.989	193.363
10	Bruto-onkostenvergoeding	0	0	5.100	0	5.402	5.748
11	Werkgeversbijdrage sociale lasten	0	0	6.853	0	6.853	1.972
12	Werkgeversbijdrage pensioen, VUT	0	0	21.698	0	21.698	19.952
13	Ontslagvergoeding	0	0	0	0	0	0
14	Bonussen	0	0	0	0	0	0
15	Totaal bruto-inkomen	288.600	287.950	237.200	0	237.942	221.035
16	Cataloguswaarde auto van de zaak	0	0	0	0	40.700	40.700
17	Eigen bijdrage auto van de zaak	0	0	0	0	0	0

Het hierboven vermelde bedrag van de heer Schoots betreft een bruto bedrag, in rekening gebracht via een managementbureau. De overige advieskosten zijn in deze opstelling niet begrepen.

		ir. G.R. Visser		dr. J.W. Sindram		dr. G.S.J. Bunnik	
		2006	2005	2006	2005	2006	2005
1	Naam						
2	Aard bestuurder	G	G	G	G	G	G
3	Periode in dienst	n.v.t	01-01-2005 t/m 31-1-2005	01-01-2006 t/m 31-12-2006	01-01-2005 t/m 31-12-2005	n.v.t	01-01-2005 t/m 31-1-2005
4	Voorzitter (J=ja, N=nee)	n.v.t	n.v.t	n.v.t	n.v.t	n.v.t	N
5	Periode in dienst als voorzitter	n.v.t	n.v.t	n.v.t	n.v.t	n.v.t	n.v.t
6	Beëindiging dienstverband ultimo verslagjaar (J=ja, N=nee)	n.v.t	n.v.t	n.v.t	n.v.t	n.v.t	J
7	Afspraken werktijden (J=ja, N=nee)	n.v.t	n.v.t	n.v.t	n.v.t	n.v.t	N
8	Deeltijdfactor (percentage)	n.v.t	n.v.t	n.v.t	n.v.t	n.v.t	100%
9	Brutosalaris	0	0	0	0	0	64.454
10	Bruto-onkostenvergoeding	0	0	0	0	0	1.777
11	Werkgeversbijdrage sociale lasten	0	0	0	0	0	1.468
12	Werkgeversbijdrage pensioen, VUT	0	0	0	0	0	6.651
13	Ontslagvergoeding	0	18.822	59.322	144.927	0	375.788
14	Bonussen	0	0	0	0	0	
15	Totaal bruto-inkomen	0	18.822	59.322	144.927	0	74.350
16	Cataloguswaarde auto van de zaak	0	0	0	0	0	40.700
17	Eigen bijdrage auto van de zaak	0	0	0	0	0	0

* Correctie op inkomsten 2006 Sindram: betreft inkomsten uit werkzaamheden in 2005 buiten de Stichting Isala om verricht ad € 102.084,-,-.

Bijlage 7.4 Tabel verantwoording bezoldiging toezichthouders en gewezen toezichthouders 2006

Naam	Functie	Bezoldiging	Belastbaar loon	Bezoldiging	Belastbaar loon
		2006		2005	
prof. dr.A.F. Casparie	Secretaris	6.300	6.300	5.000	5.000
mr. J.W. Fabius	Toezichthouder	0	0	2.333	2.333
ir. L.M.J. van Halderen	Voorzitter	7.000	7.000	7.000	7.000
mr.W.G.N.M. Smit	Vice-voorzitter	5.000	5.000	5.000	5.000
drs. J.J. Zandbergen-de Zeeuw	Toezichthouder	3.500	3.500	3.500	3.500
prof.dr.ir. A. Bruggink	Toezichthouder	3.500	3.500	2.174	2.174
dr. R. Scheerens	Toezichthouder	3.500	3.500	2.514	2.514
dr. N.S. Klazinga	Toezichthouder	292	292	0	0

Bijlage 7.5 Tabel wet openbaarmaking uit publieke middelen gefinancierde topinkomens (Wopt)

Functie	Duur dienstverband in het verslagjaar		Belastbaar inkomen		Voorzieningen ten behoeve van beloningen belastbaar op termijn		Uitkeringen i.v.m. het beëindigen van het dienstverband	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Lid Raad van Bestuur	1-jan 31-dec	1-jan 31-dec	€ 163.018,67	€ 186.606,23	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Lid Raad van Bestuur		1-jan 31-dec	n.v.t.	€ 182.787,62		n.v.t.		n.v.t.
Kinderarts	1-jan 31-dec	1-jan 31-dec	€ 131.847,52	€ 182.826,19		n.v.t.		n.v.t.

Motivatie overschrijding gemiddeld belastbaar loon minister (€ 171.000):
Bovenstaande honoreringen zijn marktconform voor de sector.

besloten is
de voorgenomen
nieuwbouw van
de Isala klinieken
uit te stellen

An abstract graphic in the bottom half of the page, featuring a light blue background with a large, white, curved shape that resembles a stylized 'C' or a wave. There are also some darker blue geometric shapes on the left side.

COLOFON

Dit Jaardocument 2006 is een uitgave van de Stichting Holding Isala klinieken.
Het document is ook te vinden op www.isala.nl/jaardocument en te downloaden als pdf-bestand.

Eindredactie:

Stafdienst Concerncommunicatie

Vormgeving:

Haagsblauw. (Den Haag)

